

Remerciements

Pour l'aide qu'ils ont apporté lors de l'écriture de ce mémoire, je tiens à remercier chaleureusement Marie-Paule Kestemont, ma promotrice de mémoire, qui m'a conseillé et guidé pour ce travail et Karin et Philippe Moens, mes parents, qui ont relu et commenté.

Je tiens également à remercier le Dr. De Hertog, psychiatre, le Dr. Lamraski, orthopédiste, le Dr. Hublet, urologue, le Dr. Vlasslak, cardiologue, le Dr. Kessler, pneumologue, le Dr. Brassine, biologiste médicale, le Dr. Leroux, orthopédiste, le Dr. Haine, cardiologue, et le Dr. Allemeersch pour les entretiens qu'ils m'ont accordé.

Enfin, j'aimerais remercier spécialement les deux délégués pharmaceutiques dont les noms devront rester anonymes. Ils m'ont également accordé de longues interviews.

Table des matières

Introduction.....	7
Méthodologie	8
Partie A : Approche globale du secteur pharmaceutique.....	10
Chapitre 1 : Fonctionnement général.....	10
Chapitre 2 : Division et subdivision du marché pharmaceutique.....	13
2.1. Le marché sous brevet	13
2.2. Le marché du générique.....	15
2.3. Les différents marchés thérapeutiques	18
2.4. Le marché sans ordonnance	19
Partie B : Le gouvernement, payeur et régulateur	22
Chapitre 1 : le rôle du payeur et les spécificités de remboursement	22
1.1. Généralités belges	22
1.2.. Les autres organismes régulateurs dans la politique de remboursement	25
Chapitre 2 : Les spécificités légales.....	25
2.1. Titre VIII de la directive 2001/86/CE du Parlement Européen.....	25
Partie C : Les firmes pharmaceutiques.....	29
Chapitre 1 : L'industrie pharmaceutique belge	29
1.1. Explication chiffrée.....	29
1.2. Les grandes firmes pharmaceutiques en Belgique	31
1.3. La nécessité de l'innovation et du marketing dans l'industrie pharmaceutique.....	32
1.4. Conclusion sur l'analyse de l'industrie	36
Chapitre 2 : Organisation de la firme pharmaceutique.....	37
2.2. Le code déontologique des firmes pharmaceutiques.....	37
Chapitre 3: Informations disponibles aux firmes pharmaceutiques	40
3.1. Information sur le médicament : du labo au marché	41
3.2. Informations sur les acteurs.....	44
Partie D : Les patients.....	48
Chapitre 1 : La relation médecin-patient.....	48
1.1. Augmentation de l'implication du patient et influence sur le marketing	48
1.2. Du blockbuster concentré sur le médecin au marketing relationnel	48

Chapitre 2 : Processus de prise de décision du patient et comportement d'achat	52
2.1. Type de produit	52
2.2. Processus de prise de décision.....	53
2.4. Heuristique	61
Chapitre 3 : Les moyens de communication destinés aux patients	62
3.1. Site internet.....	63
3.2. Association de patient.....	66
3.3. Financement de campagne de sensibilisation	68
3.4. Conclusion	69
Partie E : Les médecins.....	70
Chapitre 1 : Comportement de prescription du médecin	70
1.1. Code déontologique	70
1.2. Recherche d'informations	71
Chapitre 2 : Communication destinée au médecin	73
2.1. Délégué pharmaceutique.....	73
2.1. La distribution d'échantillon.....	76
2.3. Congrès et conférence	79
2.4. Magazine et publication.....	81
2.4. Conclusion	84
Partie F : Impact économique et médical et solutions envisageables	85
Chapitre 1 : Impact économique et médical	85
Chapitre 2 : Les solutions envisageables	87
Conclusion	89
Bibliographie	92
Annexe 1 : Commerce Extérieur de l'industrie pharmaceutique	104
Annexe 2 : Partie du rapport CSR de GSK sur le marketing	105
Annexe 3 : Les soins de santé en cas d'hospitalisation et explication sur le MàF	106
Annexe 4 : Résumé des législations relatives à la promotion de médicaments.....	108
Annexe 5 : Autres organismes régulateurs	110
Annexe 6 : Interviews.....	113
Hublet, Urologue	113
De Hertog, Psychiatre	115
Haine, Cardiologue.....	117

Vlassak, Cardiologue	119
Lamrarski, Orthopédiste	120
Kessler, Pneumologue	121
Moens, Rhumatologue	123
Leroux, Orthopédiste	126
Brassine, Microbiologiste	127
Allerbershe, Microbiologiste	129
Interview d'un délégué médical anonyme	131
Annexe 7 : Codes déontologiques d'associations de firmes pharmaceutiques	136
Annexe 8 : Structure d'une firme pharmaceutique classique	139
Annexe 9 : Informations complémentaires sur les comportements de recherche internet .	139
Annexe 10 : Technique pour convaincre les médecins en fonction de leurs traits de caractères	141

Introduction

En 2002, une étude prouve que les antihypertenseurs de nouvelle génération, prescrits à travers le monde, sont moins efficaces et dix fois plus chers que ceux de la génération précédente (Allhat 2002). Cet exemple, loin d'être un cas unique, nous interpelle : comment les médecins, éduqués et supposés informés, ont-ils prescrit le mauvais médicament pour une maladie pouvant être d'importance vitale ?

Comme l'évolution de la législation européenne le laisse transparaître depuis plus de vingt ans (belgiquelex.be, 2014 et pharma.be, 2013), le marketing dans le secteur pharmaceutique engendre une dynamique complexe et éthiquement discutable : d'une part, les entreprises de médicaments prônent la nécessité du marketing pour stimuler la recherche et l'innovation dans le secteur médical, d'autre part, l'influence des firmes sur les médecins et les patients est critiquée pour son impact sur la santé et l'économie (Ernst & Young, 2011).

Nous nous posons donc les questions suivantes :

- Quelles sont les méthodes de communication marketing utilisées par les firmes ?
- Ces méthodes ont-elles une influence sur le comportement de prescription des médecins ?
- Cette influence a-t-elle un impact positif ou négatif sur l'économie et sur la santé en Belgique ?

Pour y répondre, nous diviserons ce travail en six grandes parties :

Premièrement, une approche globale du secteur pharmaceutique. Cette partie décrira brièvement le fonctionnement général du marché pharmaceutique. En effet, de par sa nature, le marché pharmaceutique diffère des autres secteurs commerciaux plus classiques (Stremersch & Van Dyck, 2009).

Nous analyserons ensuite, en quatre chapitres distincts, les acteurs de ce secteur:

- Acteur 1 : le gouvernement. Nous expliquerons les rôles remplis par le gouvernement belge. Nous décrirons notamment la législation en matière de marketing pharmaceutique en Belgique et la politique de remboursement des soins de santé.
- Acteur 2 : la firme pharmaceutique. Dans cette partie, le fonctionnement des firmes pharmaceutiques sera éclairci. Nous décrirons également l'industrie pharmaceutique belge et énumérerons les informations dont disposent ces firmes.
- Acteur 3 : Le patient. Nous commencerons ici par expliquer pourquoi le patient a un rôle à jouer dans le choix du médicament. Nous décrirons ensuite le processus de prise de décision d'un patient en termes de médicament. Enfin nous observerons les méthodes utilisées par les firmes pour influencer le patient.
- Acteur 4 : le médecin. Dans cette partie, nous analyserons premièrement le comportement de prescription du médecin avant d'observer les sources d'informations qu'il utilise. Nous regardons ensuite si les firmes pharmaceutiques ont une influence sur ces sources d'informations.

La dernière étape de ce travail observera, grâce à des cas concrets, l'impact économique et médical de l'influence du marketing des firmes pharmaceutiques.

Méthodologie

La première partie, introductive et descriptive, sera principalement basée sur la littérature. Tout comme l'analyse du rôle du gouvernement qui sera majoritairement décrit grâce à la législation.

La description de l'organisation et du rôle de l'entreprise pharmaceutique seront expliqués grâce aux interviews de deux visiteurs médicaux d'une part et grâce à des rapports économiques sur l'industrie d'autre part.

Pour les parties dédiées aux médecins et aux patients, nous nous baserons sur dix interviews de médecins et sur la littérature. Ces interviews seront essentiellement utilisées pour comprendre la relation entre le médecin et le patient, et pour connaître les sources d'informations du médecin.

Enfin, nous utiliserons des exemples concrets pour observer l'impact possible du marketing sur l'économie et sur la santé.

Partie A : Approche globale du secteur pharmaceutique

Chapitre 1 : Fonctionnement général

De par son essence même, le marché pharmaceutique a une structure particulière qui permet une optimisation de la protection du consommateur (Stremersch & Van Dyck, 2009). Ainsi, dans le secteur médical plus que dans les autres secteurs, on observe une complexité importante tant au niveau des différents acteurs présents que au niveau des interactions entre ces acteurs les uns par rapport aux autres (Krings, Leroy, & Laperche, 2008). En effet plusieurs rôles habituellement tenus par le consommateur dans le processus de prise de décision sont délégués :

- Le médecin (ou HCP¹) remplira la fonction de preneur de décision : il choisira le médicament à la place du patient. il est en effet plus informé que le patient grâce à une éducation médicale poussée.
- Le gouvernement aura le rôle de payeur : en Belgique, nous considérons que chacun a droit à des soins de santé. Ce sera donc la communauté qui prendra en charge les frais médicaux.
- Le pharmacien occupera le rôle du vendeur : jouissant lui aussi d'une éducation médicale, il sera en mesure d'interpréter les prescriptions du médecin. Il aura également un rôle de conseiller.

Nous rappelons que ces fonctions sont redistribuées dans un objectif de protection du patient (Krings, Leroy, & Laperche, 2008).

Nous observons d'autre part le rôle du régulateur : il offrira un cadre législatif. Ce cadre législatif tentera d'une part de diminuer les frais des soins de santé. Pour cela, il encouragera la consommation de médicaments moins chers. D'autre part, il protégera le consommateur.

¹ Health Care Provider.

Il aura donc, à travers ce cadre législatif, une influence importante sur les autres acteurs (Ding, 2014). Les méthodes de communication marketing que nous observerons tout au long de ce travail sont, dans cette optique, fortement régulées. Ainsi la publicité directe ciblée au patient (DTCA² ci-dessous) est interdite en Belgique (Loi de 1964).

Remarquons que le patient peut également avoir un rôle à jouer (Ding, 2014) : il peut changer de médecin en cas de désaccord et il peut ne pas suivre le traitement conseillé (Ding & Jehoshu, 2014). Le patient est aujourd'hui de plus en plus informé et revendique plus d'influence dans le processus de prise de décision (Camacho, 2014). Notons enfin qu'il reprend la responsabilité de preneur de décision dans le marché des médicaments sans prescriptions (OTC³ ci-dessous)

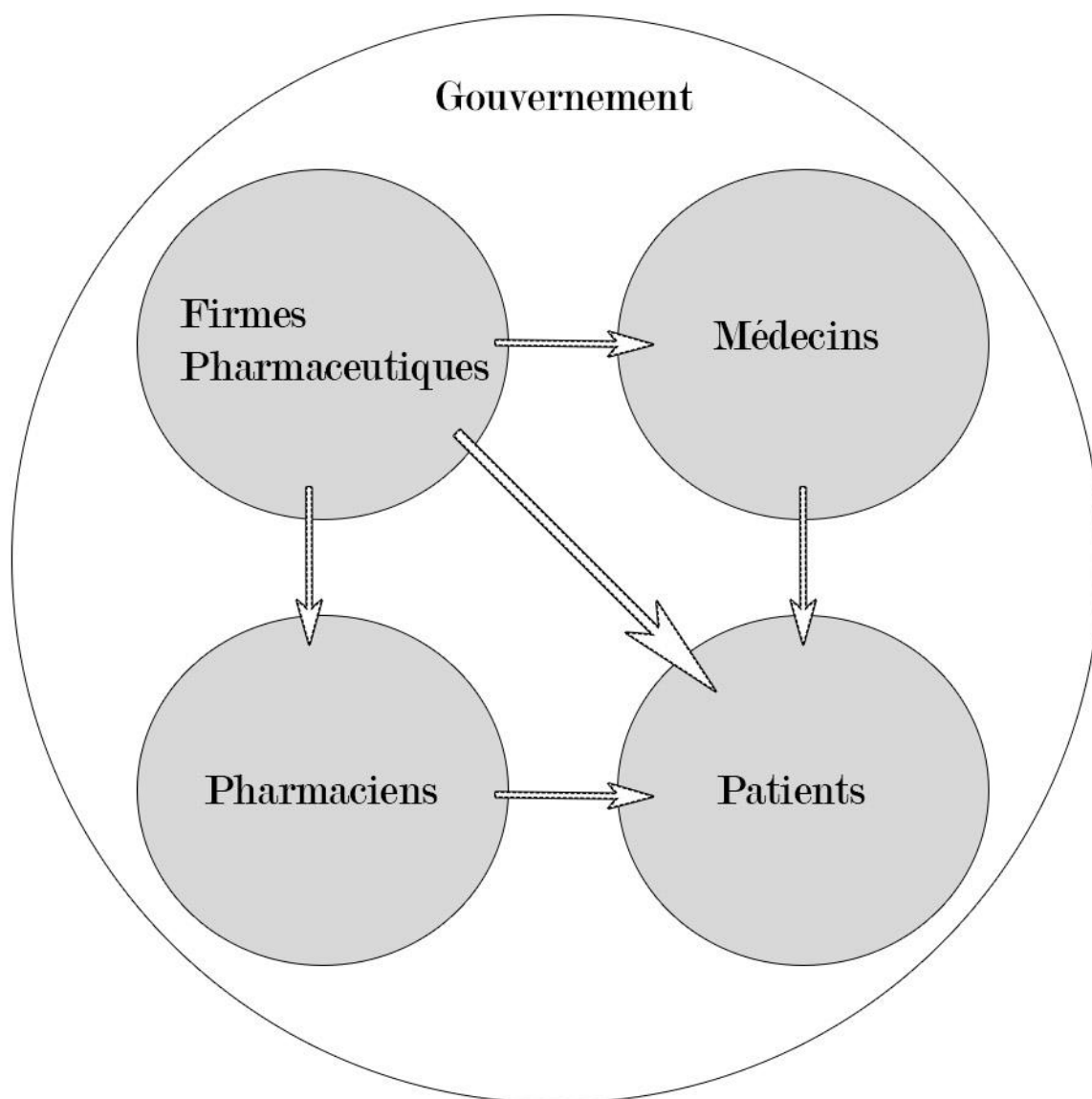
Vous l'aurez compris, des relations inter-protagonistes complexes existent sur le marché pharmaceutique. La figure 1 schématise ces relations, une flèche représentant un lien d'influence.

Vous l'aurez compris, des relations inter-protagonistes complexes existent sur le marché pharmaceutique. La figure 1 schématise ces relations, une flèche représentant un lien d'influence.

² Direct-to-consumer advertising.

³ Over-The-Counter

Figure 1 : Relation inter-protagonistes sur le marché pharmaceutique



Ce schéma sera réutilisé à plusieurs reprises dans ce travail puisque les relations inter-protagonistes seront l'objet principal étudié ici.

Chapitre 2 : Division et subdivision du marché pharmaceutique

Avant d'entamer l'analyse des différents acteurs, nous clarifions les possibles divisions du marché pharmaceutique. Les médicaments sont classifiés dans des rubriques différentes (Laat, Windmeijer & Douven, 2002). En outre, ces différentes rubriques influenceront grandement la nature du marketing et donc de notre analyse.

Nous observerons la distinction entre :

- Le marché sous brevet et le marché du générique
- Les différents marchés thérapeutiques
- Le marché avec prescription et les marchés des OTC

2.1. Le marché sous brevet

L'objectif d'une firme pharmaceutique est la recherche, la découverte et ensuite la commercialisation de médicaments. Lors de la découverte d'une nouvelle molécule, l'entreprise peut la protéger par un brevet. Celui-ci protège alors la propriété intellectuelle de la firme et lui offrira l'exclusivité de vente sur le marché : une protection idéale contre les concurrents (Petrova, 2014, p. 31). Notons que plusieurs molécules peuvent être brevetées dans un même médicament (Petrova, 2014, p. 31).

Où établir le brevet?

Pour les brevets, deux options s'offrent aux firmes :

- faire la demande de brevet au SPF⁴. Celui-ci couvrira alors le territoire belge uniquement (SPF, s.d.).

⁴ Service Public Fédéral.

- Faire une demande à l'EMA⁵ pour que le brevet couvre l'entièreté du territoire européen (ema.europa.eu, s.d.).

Que breveter?

Premièrement, comme nous l'avons compris, une nouvelle molécule peut être brevetée. Dans ce cas, le médicament sera dit couvert par des revendications de procédé.

Deuxièmement, la découverte d'un nouvel effet d'une molécule déjà connue peut aussi faire l'objet d'un brevet, grâce à des revendications de substance à une fin spécifique.

Quelle durée ?

Ces distinctions peuvent avoir un impact sur la durée du brevet (Pariset & Duez, 2006). Notons également que les méthodes utilisées dans le domaine médical (manière dont on va diagnostiquer, opérer, ou appliquer un traitement thérapeutique) ne peuvent pas être brevetées (SPF économie, s.d.).

La durée d'un brevet classique est de vingt ans. Cette durée peut être modifiée dans certain cas spécifique notamment grâce à un CCP⁶. Imaginons le scénario d'une firme développant une nouvelle molécule. Avant de pouvoir vendre celle-ci sous forme de médicament, la firme devra effectuer une série de tests⁷. En effet, la firme ne pourra commercialiser son produit qu'après la réception de l'AMM⁸. Notre firme qui est en véritable course contre ses concurrents pour obtenir le brevet (Petrova, 2014, pp 32), recevra donc souvent le brevet avant l'AMM et perdra une période de protection précieuse. La firme demandera donc un

⁵ European Medicines Agency.

⁶ Certificat Complémentaire de Protection

⁷ Voir la section « Tests cliniques » dans la Partie B

⁸ Autorisation de Mise sur le Marché. Elle est délivrée par l'Agence Fédérale du médicament et des produits de santé en Belgique et par l'EMA en Europe.

CCP qui prolongera la durée du brevet de maximum cinq ans. Ce détail est important, sachant que les phases de production d'un nouveau médicament dure en moyenne une dizaine d'années (Petrov, 2014, pp 32).

Cela signifie que l'exclusivité totale (brevet plus CCP) peut aller jusqu'à 25 ans en Belgique. Durant cette période, le produit rapportera un bénéfice maximum. En effet le comportement de la firme ressemble beaucoup à celui d'un monopole (Petrova, 2014, pp 32).

Quels compétiteurs ?

Des compétiteurs légers⁹ peuvent exister avec des substituts imparfaits. Ceux-ci seront composés de molécules différentes qui provoqueront donc des effets médicaux différents. C'est à cause de cette compétition légère et pour faire connaître leur produit nouveau que la firme pharmaceutique décide d'utiliser le marketing dans cette phase presque monopolistique (Petrova, 2014, p. 32-35 ; Stremersch & Van Dyck 2009).

2.2. Le marché du générique

Lorsque la durée du brevet (et du CCP) est écoulee, la molécule n'est plus "protégée" et elle peut être commercialisée sous sa forme générique. Pour être qualifiée de médicament générique, la copie doit contenir les mêmes principes actifs que le princeps¹⁰. Il doit donc être bioéquivalent : il offrira donc au patient la même sécurité et la même qualité, et il devra être consommé en utilisant les mêmes dosages que le médicament original. Comme le site de l'AFMPS¹¹ l'explique, les génériques ne peuvent se différencier qu'au niveau de la couleur, du nom, du packaging et du prix.

⁹ Les « me-too drugs » et les « follow-up drugs » expliqué dans la section « Les différents marchés thérapeutiques »

¹⁰ Du latin « premier », fait référence au médicament original.

¹¹ Agence Fédérale des médicaments et des produits de santé

Certains types de médicaments sont plus propices à être copiés que d'autres :

- Les médicaments qui se vendent en milieu hospitalier,
- Les médicaments pour des maladies chroniques,
- Les traitements administrés à long terme,
- Les médicaments évoluant sur des marchés à haut potentiel économique (Morton, 1999 ; Hudson, 2000 ; Magazzini, 2004).

Ce manque de différenciation aura bien entendu un impact sur les stratégies de communication marketing (Petrova, 2014, p. 36-41) : la compétition se fera maintenant au niveau du prix. Ainsi, les médicaments génériques peuvent être jusqu'à 50% moins chers (Griliches & Cockburn, 1994) et sont en moyenne 20% plus économiques (Kanavos & al, 2011).

Les firmes développant des médicaments génériques ne doivent pas effectuer les mêmes recherches coûteuses que les entreprises qui commercialisent les médicaments originaux. C'est la raison principale qui justifie cette différence de prix (Petrova, 2014, p. 36-41). Elles ont en effet accès à toutes les informations que la firme a dû fournir à l'AFMPS pour recevoir l'autorisation de mise sur le marché (fagg-AFMPS.be, s.d.).

La firme pharmaceutique qui a développé le médicament original garde certains avantages :

- Elle a souvent acquis une certaine notoriété auprès des consommateurs durant la durée de son brevet. Ces médicaments originaux jouissent ainsi souvent de la « top-of-mind awareness » auprès des médecins (Ipsos Marketing, 2007).
- Garder un prix élevé peut s'avérer une stratégie gagnante, principalement dans le marché des médicaments sans prescription. Cela permet de garder un segment de consommateur loyal, qui, par heuristique, est peu enclin à changer de traitement (Grabowski & Vernon, 1992). Un prix élevé est en effet vu comme un gage de qualité par certains patients.

Néanmoins, la littérature montre que les ventes du médicament original chute lors de la fin du brevet (Petrova, 2014, pp 36). Ainsi, un rapport de la FDA¹² montre que 70% des prescriptions rédigées de nos jours au niveau mondial le sont pour des médicaments génériques. Ce chiffre n'a pas encore été atteint en Belgique (West, 2009). La législation belge oblige nos médecins à prescrire un certain pourcentage de médicaments génériques (Interview du Dr. Moens, Annexe 6). Une étude de Grabowki et Vernon de 1992 montre qu'en moyenne une entreprise perd la moitié de son bénéfice sur la vente d'un médicament un an après l'expiration de son brevet.

Les organismes assureurs belges ont décidé en 2001 de ne plus rembourser entièrement les médicaments originaux dont il existe une alternative générique. D'un côté, le gouvernement qui joue le rôle de "payeur", souhaite des prescriptions pour un médicament similaire moins cher, de l'autre, la firme pharmaceutique a payé des millions d'Euro pour développer un nouveau produit.

Gardons à l'esprit que la majorité des entreprises remboursent facilement les coûts de recherche et développement pendant la période de protection octroyé par le brevet (Dimasi & al, 2003).

Par ailleurs, l'entrée sur le marché de génériques a également un effet sur les substituts imparfait du médicament, c'est-à-dire les « me-too drugs » et les « follow-up drugs ». Cet effet dépend de différents facteurs:

- il peut être positif si l'entreprise qui a développé le médicament original décide de diminuer les dépenses marketing au moment de la perte du brevet alors qu'à la même période les me-too et follow-up lancent une campagne de communication agressive.

¹² Food and Drugs Administration.

- cet impact va également dépendre de la loyauté des patients envers la marque et de la sensibilité au prix des médecins dans ce marché thérapeutique précis.

La manière de réagir de la firme qui a développé le médicament original sera donc à l'origine de la stratégie de communication de beaucoup d'autres entreprises impliquées sur le marché (Petrova, 2014, p. 36-41).

Nous concluons donc cette section en rappelant que, sur le marché des médicaments génériques, la compétition entre entreprises se fera principalement au niveau du prix.

2.3. Les différents marchés thérapeutiques

Le marché pharmaceutique peut être divisé en différents chapitres relatifs aux différentes catégories de maladies. Par exemples, le marché thérapeutique

- de l'hypertension,
- de l'asthme,
- du cholestérol,
- des maladies rhumatismales,
- etc.

Ce terme de marché thérapeutique est utilisé généralement dans les compétitions entre un médicament original et ses médicaments génériques (Laat, Windmeijer & Douven, 2002).

Mais un médicament en vente exclusive peut également avoir des compétiteurs dans le même marché thérapeutique. Ceux-ci n'utiliseront pas la même molécule active mais agiront sur la même maladie. On peut donc les qualifier de substituts imparfaits ou substituts thérapeutiques (contrairement aux médicaments génériques). Etant des substituts imparfaits, ils sont différents en termes d'efficacité et d'effets secondaires. Cette nature

différente du produit permet un positionnement particulier (Laat, Windmeijer & Douven, 2002).

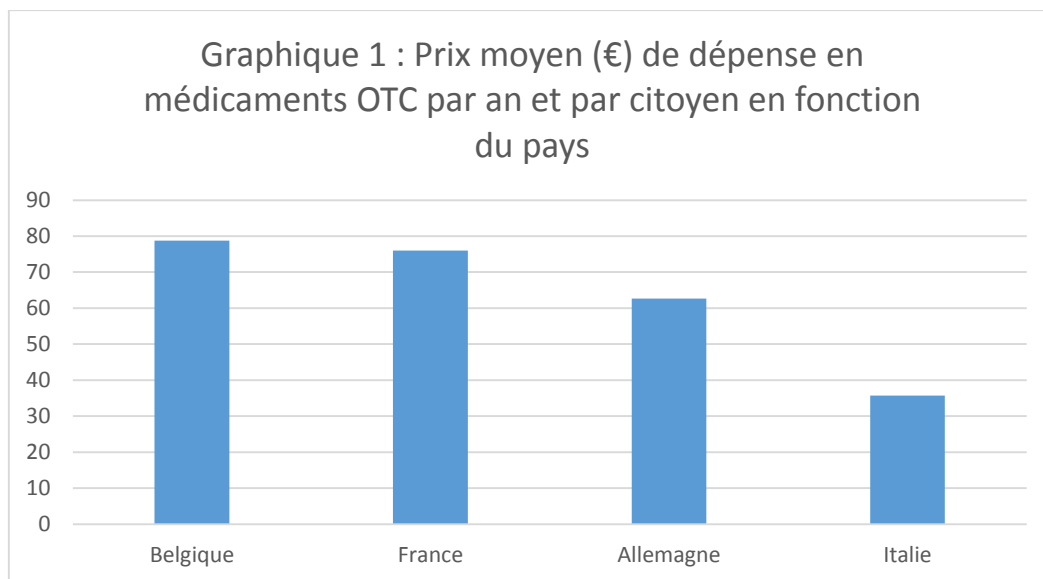
Ces substituts thérapeutiques peuvent être des "follow-up drugs". Ce sont des médicaments qui se basent grandement sur le procédé d'action ou sur la molécule du médicament original breveté. Une molécule identique étant illégale, les firmes pharmaceutiques concurrentes en développent une correspondante, une copie légale la plus proche possible. Ces « follow-up drugs » sont en vente en moyenne 14% moins chère que le médicament d'origine (Petrova, 2014, p. 33). Elles jouissent souvent d'un bénéfice thérapeutique par rapport au médicament d'origine (Stremersch & Van Dyck 2009).

Notons aussi l'existence de "me-too drugs". Lorsqu'une firme lance une phase de recherche pour une nouvelle molécule mais qu'un concurrent obtient le brevet, celle-ci peut développer un substitut imparfait pour éviter de perdre l'investissement de départ. Les « me-too drugs » sont, par nature, très similaire au « follow-up drugs ».

2.4. Le marché sans ordonnance

Aussi appelé marché de l'automédication ou OTC (Over the counter), le marché du médicament sans ordonnance croît chaque année en Europe (RTBF.be, 2012). Ainsi, en 2012, il a augmenté de 4,7% en France et a donc atteint 6% du chiffre d'affaire total des pharmacies. Cette augmentation est probablement due à l'augmentation de l'implication du patient dans le processus de prise de décision (Camacho, 2014, p. 425).

Pascal Voisin, le directeur du marché sans ordonnance chez IMS santé, annonce que le marché de l'OTC *"représente aujourd'hui et encore plus demain un véritable levier de croissance économique pour le pharmacien dans un contexte difficile"* (Pascal Voisin, 2013). Ainsi, un belge dépense en moyenne 78,8€ en médicament sans ordonnance par an. Ce chiffre est plus élevé que chez nos voisins comme le montre le graphique 1. La moyenne européenne des dépenses totales par citoyen en médicament chaque année est de 430€ (Euroactiv, 2009).



Source : rtbf.be, *Automédication : le belge aime le médicament sans ordonnance*, 2012

Dans le marché de l'OTC, le médecin n'est plus un acteur nécessaire : s'il peut encore avoir un rôle de conseiller à jouer, il ne sera plus le décideur principal. Le patient prend ce rôle avec le conseil du pharmacien. Nous sommes plus proches ici d'un marché classique. Le rôle du payeur, dans la majorité des cas, n'est plus assuré par la mutualité. C'est le patient qui prend en charge le médicament (Sécurité Sociale, 2015).

Pour certains médicaments avec prescription, des OTC existent. Prenons l'exemple de l'ibuprofène, une molécule anti-inflammatoire qui a reçu un brevet en 1961 et développée par la société anglaise Boots company. Cette molécule est commercialisée sous plusieurs noms différents notamment Brufen®, Malafene® et Nurofen®. Or on remarque que certains de ces médicaments ne sont disponibles qu'avec prescription (et sont donc remboursables comme médicaments de catégorie C qui agissent sur les symptômes) alors que d'autres sont en ventes libres.

Ces différences par rapport aux autres marchés pharmaceutiques vont certainement influencer les moyens de communication marketing utilisés par les firmes pharmaceutiques.

Ainsi, celles-ci doivent notamment se demander si, dans cette situation, seul le patient doit être influencé. En effet, s'il prendra la majorité du temps la décision d'achat sans l'aide du médecin, il est possible que celui-ci initie le patient au traitement en premier lieu. Le médecin force le premier essai du comportement routinier que le patient continuera de lui-même. Les firmes pharmaceutiques doivent alors encourager une recherche de variété (Darpy & Volle, 2007).

Partie B : Le gouvernement, payeur et régulateur

Observons premièrement comment s'organisent les fonctions de payeurs et de régulateurs dans notre pays. Cette fonction de payeur sera intéressante pour l'analyse du marketing pharmaceutique principalement grâce à sa relation direct avec le régulateur d'une part et les firmes pharmaceutiques d'autre part. Le payeur pourra ainsi forcer des réductions de prix de certains types de médicaments en ne remboursant que la différence avec le générique (Ding, 2014, p. 6-8).

Chapitre 1 : le rôle du payeur et les spécificités de remboursement

1.1. Généralités belges

La fonction de payeur dépend chez nous de la sécurité sociale. En effet parmi les sept branches de la sécurité sociale, nous trouvons l'assurance obligatoire des soins de santé ainsi que les assurances contre les maladies professionnelles et contre les accidents du travail. Le principe fondamental de la sécurité sociale est la solidarité entre citoyens : si un belge perd son travail, les autres belges se cotisent pour qu'il ait des revenus. Dans cette optique, chaque belge a le droit d'être en bonne santé et c'est donc la collectivité qui payera pour ses médicaments.

"[...] toute la population belge, à part quelques exceptions, a accès aux soins de santé."
(Service Public Fédéral sur la sécurité Sociale, 2011)

Pour en bénéficier, certaines démarches administratives doivent être accomplies : le citoyen doit s'affilier à un organisme assureur et payer un certain niveau requis de cotisation (Sécurité Sociale, 2011). En Belgique, les organismes assureurs sont nombreux et variés. Ceux-ci peuvent notamment dépendre directement du gouvernement, de certains employeurs, ou d'entreprise privée.

Comme nous verrons ci-dessous, certains frais à caractères médicaux ne sont pas pris en compte par l'assurance obligatoire des soins de santé (une partie de certains médicaments, des frais supplémentaires dans les chambres d'hôpital, ...). Ces frais non pris en charge peuvent----- être payés dans le cas particulier où le citoyen prend une assurance complémentaire.

L'assurance obligatoire remboursera 27 types différents de soins de santé dont les plus importants sont listés par le service publique fédéral comme suit :

"Les soins médicaux courants comportent : les visites et consultations des médecins généralistes et des médecins spécialistes, les soins donnés par les kinésithérapeutes ; les soins dentaires ; les accouchements ; la fourniture de médicaments (préparations magistrales, spécialités pharmaceutiques, médicaments génériques,...) ; les soins hospitaliers ; les soins nécessités par la rééducation fonctionnelle" (Sécurité Social, 2011).

La liste des médicaments remboursables est publiquement disponible.

Chez un médecin, le patient sera remboursé par la mutualité mais devra payer à l'avance. Une partie des dépenses ne seront pas prises en compte par la mutualité. Ainsi lors d'une visite chez le médecin, 25% (en général) ne sera pas remboursé au patient. Pour les médicaments, cela dépendra du type de médicament et du marché thérapeutique en question. Un médicament générique peut être remboursé entièrement alors que l'original ne sera remboursé que d'une partie du prix. La partie prise en compte par la mutualité sera payée directement dans la pharmacie (principe du tiers payant).

Le tableau 1 nous donne le pourcentage pris en charge par le patient.

Tableau 1 : Pourcentage du ticket modérateur en fonction du médicament

	Type de médicaments	Ticket modérateur
Catégorie A	Importance vitale	0%
Catégorie B	Importance thérapeutique	25%
Catégorie C	Importance symptomatique	50%
Catégorie Cs	Vaccins particuliers	60%
Catégorie Cx	Phase expérimentale	80%

Source : Service Publique Fédérale, *Sécurité Sociale, tout ce que vous avez toujours voulu savoir*, p. 46

Le principe des tickets modérateurs (aussi appelé "quote-part personnel") fait référence à la partie prise en charge par le patient et non par l'organisme assureur. C'est donc la partie que le gouvernement ne payera pas pour vous. Ces tickets modérateurs ont été augmentés récemment dans le but de diminuer le coût de la sécurité sociale (Le Soir, 2014).

On remarque que la manière de catégoriser est plutôt simple : plus le médicament est nécessaire au patient, moins le ticket modérateur sera élevé :

- Catégorie A : Médicaments d'importance vitale. Ils sont entièrement remboursés.
- Catégorie B : Médicament dont l'utilité est prouvée et d'importance thérapeutique élevée. Ils sont remboursés à 75%.
- Catégorie C : Médicaments d'utilité symptomatique (suppression des effets indésirables comme la migraine). Ils sont remboursés à 50%.
- Catégorie Cs : Vaccins dont l'efficacité n'est pas entièrement prouvée. Le ticket modérateur devient important : ils ne sont remboursés qu'à 40%.
- Catégorie Cx : Médicaments dont l'efficacité n'est pas prouvée. Ils ne sont remboursés qu'à 20%.
- Catégorie D : Médicaments non-classés ci-dessus. Ils ne sont pas remboursés.

1.2.. Les autres organismes régulateurs dans la politique de remboursement

L'annexe 5 contient un résumé des rôles des autres organismes régulateurs dans la politique de remboursement des médicaments en Belgique. Entre autre les rôles de l'INAMI, de la commission de remboursement des médicaments (CRM), de l'agence fédérale du médicament et des produits de santé (AFMPS) et du service public fédéral (SPF) économie y sont expliqués.

Tous ces organismes ont un rôle à jouer sur les politiques de remboursements de médicaments.

Chapitre 2 : Les spécificités légales

Dans ce chapitre, nous résumerons les points importants de la législation sur la publicité et la promotion des médicaments. L'objectif est ici de voir les restrictions imposées aux firmes pharmaceutiques concernant leur marketing.

2.1. Titre VIII de la directive 2001/86/CE du Parlement Européen

Par publicité, le parlement européen entend toute activité dont l'objectif est de promouvoir la prescription, l'offre, la vente ou la consommation de médicaments. En outre, cela comprend le DTCA (direct to consumer advertising), le visiteur médical (et autre forme de publicité ciblé au spécialiste en médecine), l'échantillonnage, l'offre de cadeaux ou similaire dont le but premier est d'encourager la prescription, le sponsoring de rassemblement de professionnel de la santé et le financement de conférence (voyage et logement) à des professionnels de la santé mais ne prend pas en compte le partage d'information relative au médicament. On remarque donc une première distinction importante entre promotion et information qui continuera à être présente dans l'analyse de la législation.

Toutes ces pratiques sont interdites dans les Etats de l'Union Européenne sans une autorisation au marketing délivrée par l'EMA et similaire à l'AMM. Une fois l'autorisation de marketing reçue, l'entreprise doit garder comme objectif l'utilisation rationnelle du produit et ne peut bien entendu pas exagérer ses caractéristiques.

Rapidement noté dans cet article VIII est la prohibition de toutes publicités ciblées directement au public (par opposition aux spécialistes de la santé). C'est la loi interdisant la DTCA en Europe, la distinction majeure avec la législation américaine. Cette loi ne s'applique qu'aux produits sous prescription (ou dont le conseil d'un médecin est nécessaire) et les produits contenant des substances narcotiques ou psychotropiques. Les produits médicaux sans prescription peuvent jouir de la publicité directe au public. Il en va de même pour les produits "de diagnostic" (comme un test de grossesse) ou le monitoring d'un traitement. Notons que ce sont des produits souvent conseillés par le pharmacien. Chaque pays est libre d'interdire les publicités des produits remboursables par le gouvernement. L'interdiction ne s'applique pas non plus aux campagnes de sensibilisation effectuées par les entreprises pharmaceutiques. La distribution directe de médicament au public est bien sûr elle aussi interdite.

De plus, toutes les publicités pour des produits médicaux doivent être présentées d'une certaine manière et contenir certaines informations.

- L'objectif promotionnel doit être clair ;
- Le nom de la molécule doit être énoncé ;
- Les informations d'utilisation doivent être énoncées avec un avis invitant à lire la notice ;

D'autres messages ou techniques sont par contre interdits :

- Garantir l'efficacité du médicament ;
- Utiliser des célébrités ;
- Cibler des enfants ;
- Faire passer un médicament pour un produit de consommation classique ;

- Suggérer que le caractère naturel du produit le rend plus efficace ;
- Utiliser des stimuli alarmants ;

Observons maintenant les caractéristiques des publicités ciblées aux professionnels du secteur médical. Celles-ci doivent bien entendu inclure :

- Un résumé des informations essentielles du médicament (molécule, fonctionnement, etc.) ;
- Toutes les informations présentées oralement avec leurs sources ;

L'article VIII laisse par contre les pays libre de choisir si elles souhaitent inclure les prix du médicament et les informations relatives aux possibilités de remboursement.

Si l'entreprise a toujours le droit d'hospitalité envers un médecin (payer un logement ou un voyage pour assister à une conférence par exemple), celle-ci ne peut s'appliquer aujourd'hui qu'au médecin et ne peut servir que l'objectif d'information. Notons que préalablement à cette loi, les médecins étaient souvent accompagnés de leur famille.

Seuls les cadeaux peu chers et relatifs à la médecine peuvent être offerts aux professionnels médicaux. Cette obligation va dans les deux sens (les firmes pharmaceutiques ont une interdiction de les offrir et les médecins une interdiction de les accepter). Cette obligation légale relative aux cadeaux a également grandement évolué durant ces dernières décennies. Les réductions ou autres avantages commerciales entre médecins et firmes pharmaceutiques qui existaient avant 2004 n'ont pas été affectés lorsque la loi est entrée en vigueur. Gardons également à l'esprit pour ces deux dernières lois qu'il est toujours possible pour les firmes pharmaceutiques d'offrir des cadeaux de petite valeur ou des voyages/logements tant que l'objectif visé est purement scientifique. Invité un médecin au restaurant pour lui promouvoir un produit durant le dîner sera par exemple accepté.

Les échantillons gratuits peuvent être offertes uniquement aux personnes en mesure de les prescrire et de manière exceptionnelle. L'intervalle de temps et les quantités d'échantillons sont limités en fonction de la législation nationale. L'envoi d'échantillon doit être une réponse à une demande écrite du médecin. La notice doit être disponible avec l'échantillon et le document laisse le droit aux états membres de donner des restrictions supplémentaires.

L'article insiste également sur la formation des délégués pharmaceutiques: ceux-ci doivent avoir une formation de la firme et une connaissance scientifique suffisante pour vendre des médicaments). Ils doivent également faire part au professionnel de tous feedbacks négatifs dont l'entreprise a eu écho à propos d'effet secondaire du médicament.

L'article VIII oblige également les Etats membres à avoir un système efficace de surveillance des publicités pharmaceutique.

L'annexe 4 contient un résumé des législations belges et européennes complémentaires à cette directive, notamment, la loi de 1964 sur les médicaments, la loi de 2004 sur l'excès de promotion et la loi sur la pharmacovigilance de 2012.

Partie C : Les firmes pharmaceutiques

Dans cette partie du travail, nous analysons plus précisément les firmes pharmaceutiques notamment les informations dont elles disposent sur les différents acteurs et sur leurs produits, leur organisation générale, les dépenses observées et les codes déontologiques développés.

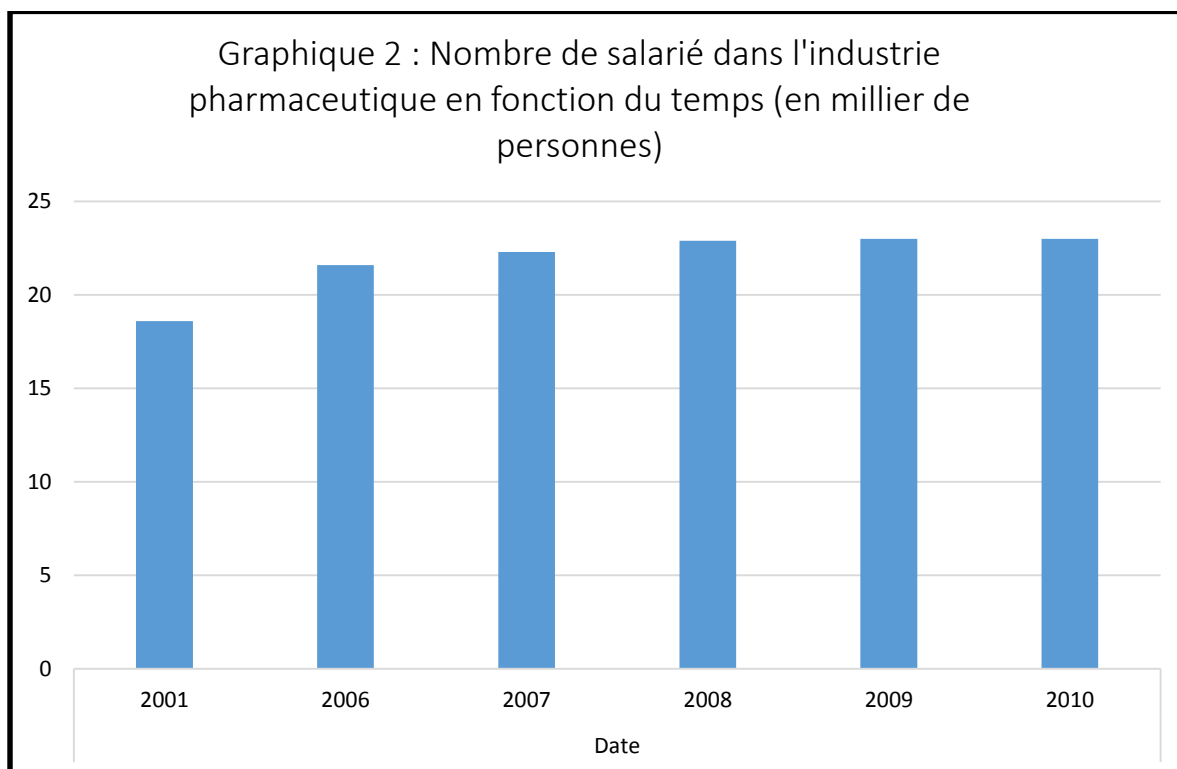
Chapitre 1 : L'industrie pharmaceutique belge

1.1. Explication chiffrée

A l'heure actuelle, la Belgique est un des leaders mondiaux du marché pharmaceutique (business.belgium.be, s.d.). Ainsi, en 2010, la Belgique était responsable de 2,9% de la production européenne de médicament et de 14,4% des exportations (SPF économie, 2011). Considérées comme un pilier de l'économie de notre pays, les plus de 350 entreprises du secteur emploient environ 31 000 employés.

Notons que si le secteur n'a pas un besoin important en main d'œuvre, celle-ci doit être qualifiée, bénéficiant souvent de diplôme universitaire. Si le nombre d'employés augmente en général sur la dernière décennie, cette croissance tend à diminuer. Elle reste pourtant chaque année supérieure à l'évolution de l'emploi en Belgique (SPF économie, 2011). Le secteur pharmaceutique est donc une industrie solide et nécessaire dont bénéficie activement notre pays.

Le graphique 2 montre l'évolution entre 2001 et 2010 du nombre de salariés employé dans l'industrie pharmaceutique en Belgique.

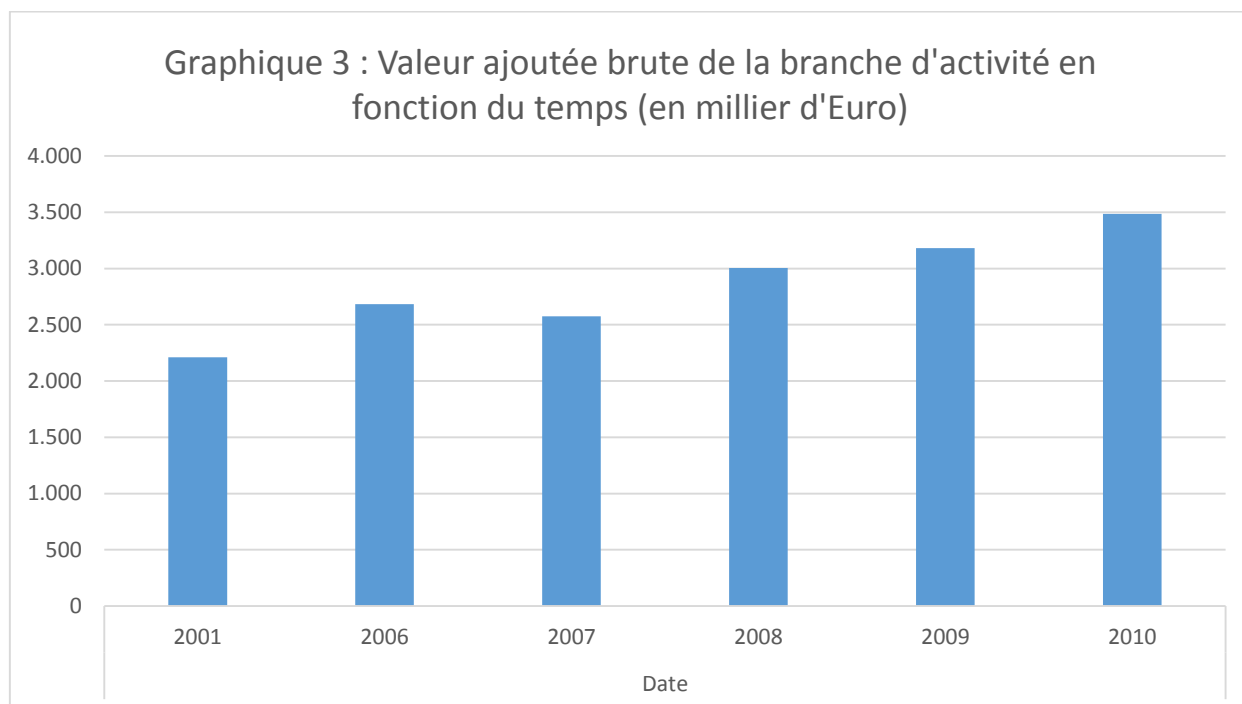


Source : SPF économie, Panorama de l'économie belge, p. 124, 2011

La valeur ajoutée brute du secteur est en constante évolution avec des pics de croissance atteints en 2008 et 2009. Le graphique 2 montre l'évolution de la valeur ajoutée brute de l'industrie pharmaceutique en Belgique entre 2001 et 2010.

Durant la dernière décennie on remarque que l'investissement lui aussi a connu une croissance importante (56%) suivant le même ordre de grandeur que l'augmentation de la valeur ajoutée brute et que le taux d'emploi.

Les exportations de médicaments sont également en hausse alors que l'importation est en baisse. Un graphique récapitulatif de l'évolution du commerce extérieur du marché pharmaceutique entre 2008 et 2011 est disponible en annexe 1.



Source : SPF économie, Panorama de l'économie belge, p. 125, 2011

Nous comprenons donc rapidement la force du secteur pharmaceutique dans notre pays et le rôle important qu'il joue dans notre économie.

1.2. Les grandes firmes pharmaceutiques en Belgique

La prochaine étape sera d'analyser les plus grandes entreprises pharmaceutiques présentes sur notre territoire. Nous remarquons d'abord que 29 des 30 plus grandes entreprises pharmaceutiques mondiales sont présentes en Belgique (SPF économie, 2011).

- GlaxoSmithKline. L'entreprise multinationale britannique emploie aujourd'hui plus de 8000 travailleurs en Belgique. Loin devant ses concurrents sur le nombre d'employés, elle a un chiffre d'affaire de près de 2 milliard d'Euro en Belgique en 2011 (gsk.be, 2015). Quatrième plus grande entreprise sur la liste du London Stock Exchange, l'entreprise est connue pour avoir, depuis 2010, une RSE active et transparente. Ainsi leur rapport CSR de 2013 insiste principalement sur l'aide apportée par l'entreprise

dans les pays en voie de développement. Notamment l'aide à la guérison de la malaria en Afrique (GSK Corporate Social Responsibility Report, 2013). Elle a également fait une valeur ajoutée de plus de 2 million en 2011. Il y a 4 différents sites de production à travers le pays. L'annexe 2 contient une copie d'un passage de leur rapport CSR sur le marketing.

- Janssen Pharmaceutica. Acheté en 1961 par le groupe américain Johnson & Johnson, Janssen emploie aujourd'hui 4600 personnes en Belgique et a fait le meilleur chiffre d'affaire du secteur en 2011 : plus de 2 milliard d'euro. Avec une valeur ajoutée la même année de 1 600 000, elle a été élue par Randstad Employment Agency la meilleure agence où travailler en Belgique (Janssenpharmaceutica.be, 2015).
- UCB pharma : Avec 1 755 employés et un chiffre d'affaire en 2011 de 1 755 000 000 d'euro en Belgique, UCB est la troisième plus grande firme pharmaceutique belge. En 2014, elle a joui d'un revenu global de 3,3 millions d'euro et 8 500 employés à travers le monde. Créée en Belgique en 1928, l'entreprise a sa maison mère à Bruxelles (UBC.com, 2015).

A elle trois, ces entreprises étaient responsable en 2011 de plus de 81% du chiffre d'affaire du secteur pharmaceutique et elles couvraient 56,4% de l'emploi du marché (SPF économie, 2011).

1.3. La nécessité de l'innovation et du marketing dans l'industrie pharmaceutique

1.3.1. De l'importance de l'innovation

Une entreprise pharmaceutique ne peut survivre que grâce à une innovation importante (Ding, 2014, p. 3). En effet, une grande partie du profit d'une compagnie dans le secteur médical vient des médicaments sous la protection d'un brevet. Ainsi, des coûts élevés en recherche et développement sont une nécessité impérieuse à toute entreprise dans le

secteur de la pharmacie. Cette caractéristique de l'innovation dans le marché pharmaceutique explique qu'une diminution importante du budget « recherche et développement » d'une entreprise médicale n'est pas viable.

Dans le secteur médical, les bénéfices liés à l'innovation sont conséquents (Ding, 2014, p. 3). En effet, durant la période brevetée, le médicament rapportera un bénéfice substantiel. Appelé médicaments « blockbuster » ils se doivent de générer assez de profit pour combler le vide laissé non seulement par le coût de leur développement mais également par le coût des recherches entamées mais abandonnées (appelé « Dry holes » ci-dessous). Ce bénéfice important est donc justifié par les risques pris lors de la phase de recherche et développement, le coût du développement d'un médicament fructueux étant d'un milliard de dollar (Ding, 2014, p. 3). Ce chiffre rend en compte les dry holes.

On considère en outre qu'en moyenne seul 1 médicaments sur 10 arrivera à la phase finale de développement (Ding, 2014). Ce coût prendra également en compte la dévaluation monétaire.

On remarque également que les coûts des phases de tests pour obtenir l'AMM ont augmenté de 70% entre 2008 et 2011. Cette augmentation est principalement due à la croissance de la compétition pour obtenir des participants aux tests cliniques (Ding, 2014, p.3).

Enfin les revenus dus à l'innovation dans le secteur pharmaceutique sont limités dans le temps. Comme nous l'avons expliqué, les firmes innovantes perdent une part de marché importante lors de l'arrivée des médicaments génériques.

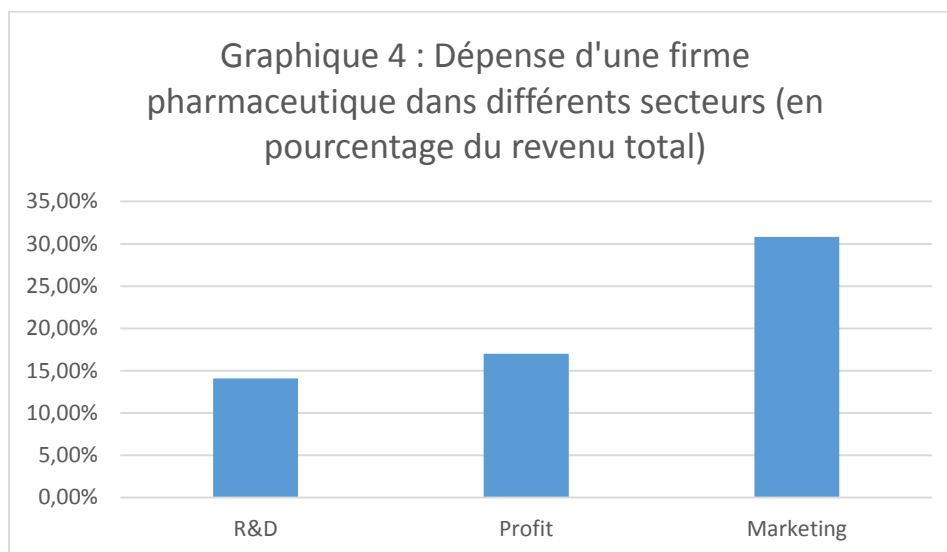
1.3.2. De l'importance du marketing

Le marketing est une nécessité dans un grand nombre de secteur et le marché pharmaceutique ne fait pas exception. Cela n'étonnera d'ailleurs personne de savoir que les budgets alloués à la communication autour du médicament sont astronomiques. Alors pourquoi doit-on promouvoir un produit aussi rationnel qui peut statistiquement prouver sa supériorité à ses concurrents et sur lequel les cibles doivent légalement s'informer constamment ?

Cette importance du marketing dans l'industrie de la santé nous paraît à la fois nécessaire de par la compétitivité d'un marché sain et croissant et à la fois critiquable dû à la nature fondamentale du produit. La justification des coûts marketing par les firmes est assez simple. Ainsi si on prend en compte les dépenses gargantuesques faites durant la période de recherche et développement du médicament, on comprend bien entendu que le succès de celui-ci est impératif pour la croissance d'une entreprise pharmaceutique. Et sans entreprises pharmaceutiques, l'innovation nécessaire pour l'avancement de la médecine s'arrête. Ils payent énormément pour créer des innovations dans le domaine de la santé, ils doivent s'assurer que ces dépenses ne seront pas faites en vain (Ding, 2014, p. 6-8). Comme nous l'a expliqué le docteur Kessler lors de son interview « *aujourd'hui (il n'y a que) les firmes pharmaceutiques qui ont le budget pour effectuer des études avec de telles ampleurs.* » (Interview docteur Kessler, Annexe 6). Les firmes prônent donc que le marketing pharmaceutique critiqué reste une nécessité pour stimuler l'innovation médicale !

Selon Marcia Angel en 2004, 35% de la valeur des ventes a été dépensé en marketing par les dix plus grandes firmes pharmaceutiques mondiales entre 1990 et 2000. Cela représente environ trois fois plus que les dépenses faites en recherche et développement pour la même décennie (entre 11% et 14% de la valeur des ventes) (Angel, 2004).

Le graphique 4 nous met en perspective les dépenses faites en R&D, en marketing et les profits réalisés par les entreprises du secteur en 2002.



Source : Fortune 500, 2003

Si la justification d'une intensité de marketing élevée est nécessaire, dans un secteur où l'innovation rend chaque investissement risqué, nous paraît plausible, les marges de profit effectuée par les grandes firmes du marché ternissent le raisonnement. Ainsi en 2002, alors que la marge de profit moyenne des 500 plus grandes entreprises mondiales était de 3,1%, les dix plus grandes boîtes de médicaments atteignaient un profit de 17% (Angel, 2004). Chaque année le marché pharmaceutique génère un profit grandement supérieur à la moyenne des autres marchés alors que, selon le code déontologique du médecin, *"l'art médical ne peut être pratiqué comme un commerce"* (Code déontologie du médecin, s.d.).

Selon la littérature, d'autres arguments ont été avancés pour comprendre les chiffres du marketing pharmaceutique. Ainsi, le ratio entre les ventes d'un produit et son coût en recherche et développement sera corrélé positivement avec les dépenses faites en publicité (Sherer & Ross, 1990). Un autre point avancé est appelé l'asymétrie d'information entre la firme pharmaceutique et le patient : il traduit le fait que les médicaments sont des "experience good", c'est à dire des produits dont on ne peut connaître le bénéfice réel qu'après les avoir expérimentés. Or, la publicité est trois fois plus efficace pour les "experience good" que pour les "search good" (produit qu'on peut facilement évaluer sans les avoir expérimenté à l'avance) (Cabral, 2000). Enfin, les médicaments ayant une élasticité-prix de la demande très basse, ils sont plus enclins à profiter d'une intensité du marketing

élevé (Dorfman & Steiner, 1954). Ces explications sont à titre très économique : les médicaments profitent grandement du marketing.

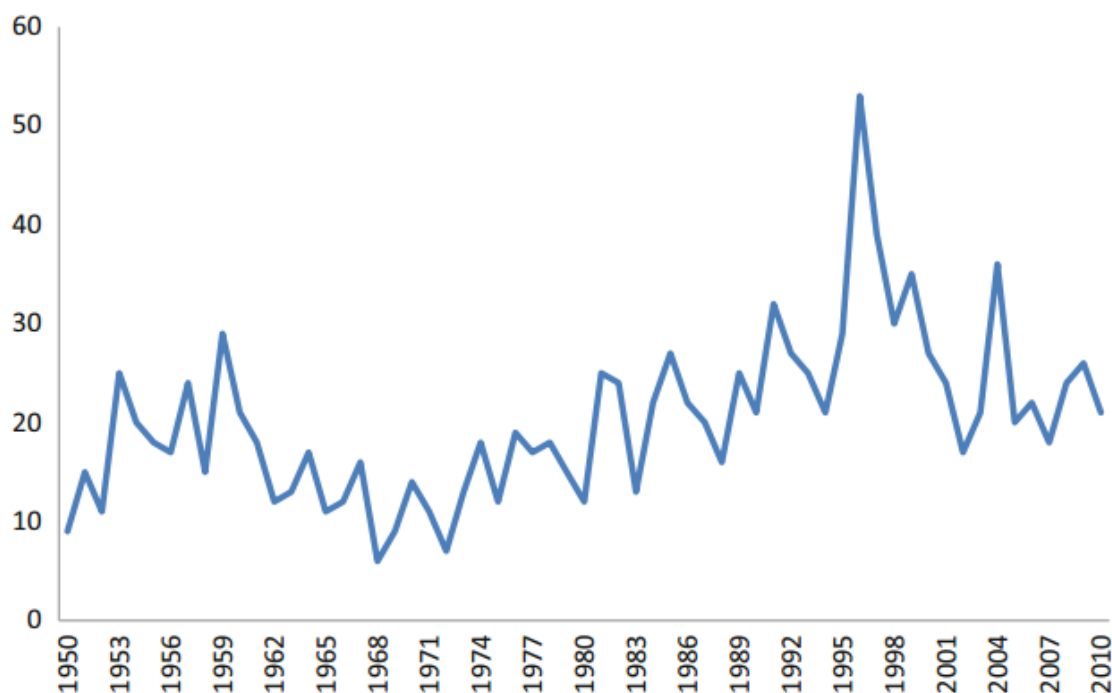
1.4. Conclusion sur l'analyse de l'industrie

Concluons en quelques mots le fonctionnement du secteur pharmaceutique : la firme pharmaceutique va évaluer les risques et les bénéfices potentiels d'une nouvelle molécule avant d'accepter de lancer les recherches. Une fois ces recherches acceptées, l'entreprise va pendant en moyenne une dizaine d'année développer la molécule, la breveter, développer le médicament dans lequel elle sera utilisée, tester la molécule durant trois phase clinique, pour enfin commencer à la vendre. Ils développeront alors un plan marketing une fois l'autorisation de mise sur le marché reçue et garderont l'exclusivité de la vente (substitut imparfait excepté) durant environ dix ans. L'entreprise agira alors souvent pendant cette période comme un monopole¹³. Après les dix ans, les médicaments génériques entrent sur le marché et les bénéfices de l'entreprise quand à ce médicament diminueront en moyenne de moitié en an. La raison de ce revirement vers les génériques étant le prix: les firmes qui les ont développés ne doivent pas effectuer les mêmes recherches coûteuses, le produit final étant un substitut parfait.

On comprend donc bien que, si les entreprises pharmaceutiques parviennent à faire du bénéfice dans un marché aussi régulé et protégé, c'est principalement grâce au succès des nouveaux médicaments protégés. Pourtant si le marché semble continuer à aller de l'avant en Belgique, on remarque une diminution du nombre de nouvelles molécules découvertes et donc de brevets accordés. Ainsi en 2010, uniquement 21 nouvelles molécules ont reçu un brevet (Jack, 2011). Le graphique 5 représente le nombre de nouvelles molécules acceptées par ces organismes chaque année

¹³ En tenant compte du fait que le prix du médicament sera décidé avec plusieurs organismes régulateurs comme expliqué dans la section sur la législation.

Graphe 5 : Evolution du nombre de nouvelles molécules brevetées



Source : Kappe, 2014, *Innovation and marketing in the pharmaceutical industry*, p. 231

Chapitre 2 : Organisation de la firme pharmaceutique

Un organigramme schématisant l'organisation d'une firme pharmaceutique classique vous est donné en annexe 8

2.2. Le code déontologique des firmes pharmaceutiques

Plusieurs associations de firmes pharmaceutiques existent à un niveau belge, européen ou mondial. A cause de l'évolution de la critique du marketing dans le secteur, ces différentes associations ont bien souvent conçu un code déontologique à respecter par leurs membres. Dans cette section nous ferons un résumé des articles les plus importants du code de pharma.be, organisme belge le plus important. D'autres résumés de codes déontologiques d'associations de firmes pharmaceutiques européennes et mondiales sont disponibles dans l'annexe 7 (l'EFPIA médecin et patient, l'IFPMA et Mdéon)

2.3.1. Pharma.be

Pharma.be est une association de firmes pharmaceutiques belges. Près de 140 se sont associées parmi lesquelles les plus grandes (GlaxoSmithKline, Janssen pharmaceutica et UCB pharma). La mission de pharma.be est concentrée entièrement sur le patient : ils veulent garantir un produit de qualité pour améliorer la santé du patient. Ils essaient de garantir un certain niveau de responsabilité éthique au sein de l'industrie pharmaceutique. On remarque entre autre qu'ils veulent intégrer les différentes parties prenantes : la santé des patients est leur mission et les médecins, les hôpitaux et les pharmaciens sont leurs partenaires.

L'association a développé, comme pour les médecins et les pharmaciens, un code déontologique des firmes pharmaceutiques. Toutes les firmes présentes dans le groupe doivent le respecter sous peine de sanctions prévues dans le code.

Ainsi l'article 4 nous intéresse directement dans le cadre de ce travail :

"Toute communication destinée à présenter les propriétés d'un produit pourra uniquement inciter à un usage rationnel de celui-ci et reposera sur des observations : exactes, objectives, suffisantes, loyales, contrôlables, conformes au contenu le plus récent du dossier admis relatif à l'autorisation de mise sur le marché, reflétant les connaissances scientifiques généralement admises, étayées, le cas échéant, par des références bibliographiques, à mentionner dans la communication. Les communications visées à l'alinéa précédent doivent être fondées." (Code déontologique de Pharma.be, Art. 4)

L'article 5 indique les informations qui doivent être données lors d'une première présentation du produit : les composants, les effets indésirables, les informations thérapeutiques, le mode d'administration et l'objectif promotionnel en font partie. Notons que si ce n'est pas une première présentation (ce qui arrive souvent selon nos interviewés) ces informations ne doivent plus nécessairement être données.

L'article 9 précise que les comparaisons avec des produits concurrents sont autorisées. Les délégués pharmaceutiques doivent également donner de la documentation contenant toutes les informations dites oralement. L'article 29 dit que *"les échantillons ne peuvent être remis dans le but de stimuler la recommandation, la prescription, l'achat ou la vente, la délivrance ou l'administration de médicament"*.

Les règles concernant l'hospitalité reste similaire aux règles légales : la durée de l'hospitalité ne peut dépasser la durée des événements, l'objectif principal doit rester l'information du médecin, etc. L'hospitalité ne peut concerner que des événements médicaux, aucune forme de divertissement n'est tolérée. Le code énonce également clairement que, si l'entreprise a le droit d'organiser une conférence ou autre exposition scientifique destiné aux professionnels de la santé, celles-ci doivent se passer *"dans un environnement de qualité"*. Celles-ci ne peuvent avoir lieu dans des endroits touristiques ou extravagants et l'hospitalité ne sera accordée qu'aux professionnels de la santé, pas à leur famille ou leur proche.

L'article 40 nous intéresse particulièrement : il explique que les entreprises sont libres de subventionner financièrement des tiers tant que ce ne sont pas des professionnels individuellement. Les associations de patients, de médecins, de pharmaciens, gouvernementales, etc. peuvent librement être subventionnés.

Les avantages financiers délivrés aux professionnels de la santé sont interdits exception faite de l'hospitalité et des cadeaux *"à valeur négligeable"* ayant un rapport avec le domaine médical

L'article 45 du code annonce que : *"Sans préjudice de l'application des dispositions légales et réglementaires, plus particulièrement en ce qui concerne la publicité sur les médicaments, les entreprises pharmaceutiques sont autorisées à soutenir directement ou indirectement les organisations de patients, que ce soit par un soutien financier ou autre"*. (Code déontologique, pharma.be, Art. 45).

On remarque que ces codes déontologiques, s'ils partent de l'intention d'améliorer l'image de l'industrie pharmaceutique, ne vont souvent pas plus loin que la législation de la région sur laquelle ils s'appliquent. Ainsi ce n'est souvent qu'une transcription différente des lois (Directive européenne de 2001).

Nous n'avons pas parlé dans cette section des contrôles et des sanctions en cas de non-respect du code déontologique. Si ces sanctions et contrôles existent et sont proposés dans les différents codes, c'est principalement une autorégulation du secteur qui oblige les firmes à ne pas transgresser la déontologie : les firmes veulent en effet vérifier constamment ce que font des entreprises concurrentes. Comme nous l'explique un visiteur médical anonyme : *"Au début, les délégués transgressaient les règles de pharma.be. Mais petit à petit, les concurrents ont commencé à faire des procès. Les firmes vérifiaient ce qu'elles faisaient les unes les autres pour éviter une concurrence déloyale."* (Inter d'un visiteur médical anonyme, Annexe 6)

Chapitre 3: Informations disponibles aux firmes pharmaceutiques

Sur quelle base les firmes développent-elles leur plan de communication marketing? Si nous évoquons cette question régulièrement au fil de ce travail, nous analyserons dans cette partie les informations dont elles disposent pour définir le ciblage, les moyens de communication et le contenu de leur promotion de médicaments.

Concernant le contenu, nous analyserons les différents tests que doivent appliquer une firme avant de pouvoir mettre leur médicament sur le marché. Ces tests leur donneront en effet la majorité des informations nécessaires à propos de leur propre produit. Les informations utiles à présenter aux médecins seront ensuite choisies par le product manager.

Quant aux cibles, nous observerons les données que les firmes pharmaceutiques peuvent rassembler sur les médecins et les patients. Nous regarderons également comment les médecins sont répartis entre les délégués pharmaceutiques.

3.1. Information sur le médicament : du labo au marché

3.1.1. Les tests cliniques

Principales sources d'information pour les entreprises pharmaceutiques quant à l'efficacité et aux effets secondaires de leurs médicaments, les tests cliniques peuvent être séparés en différentes catégories. D'une part, nous pouvons séparer tests cliniques pré-marketing et post-marketing. Un test clinique est dit pré-marketing s'il est réalisé avant de recevoir l'autorisation de mise sur le marché (Chan, 2014, p. 174).

Dès lors, nous allons encore séparer les tests cliniques en différentes phases. La phase I sera la première étape de test d'un médicament sur des humains. L'échantillon sera un groupe réduit de volontaires en bonne santé (payés pour accomplir cette tâche). Ils seront théoriquement entre 20 et 100 et recevront une dose du médicament régulièrement pendant plusieurs mois (Chan, 2014). L'objectif de cette première phase est bien entendu d'analyser les effets secondaires du médicament, son impact général sur la santé, le meilleur moyen d'ingérer le médicament et la dose optimale. 70% des médicaments en moyenne passent cette phase I et arrivent alors dans la phase II (Chan, 2014).

Englobant un nombre de participants testés plus importants (100 ou plus), la phase II a un objectif double : d'une part, continuer les tests généraux sur la santé entamés durant la phase I, d'autre part quantifier l'aide apportée aux personnes atteintes de la maladie. Pour cela, la phase II consistera soit en une série d'études de cas sur les malades, soit en une comparaison entre un groupe test utilisant effectivement le médicament et un groupe de contrôle ne prenant qu'un médicament placebo. Notons que, afin d'éviter les biais, ces tests sont souvent faits sans que ni le chercheur, ni le patient ne sache quel patient utilise réellement le médicament. Le patient ne peut ainsi pas simuler une guérison et le

médecin/chercheur ne peut pas truquer les tests. Un tiers du médicament en moyenne passe avec succès la phase II (Chan, 2014).

Enfin la phase III des tests cliniques fonctionnent de manière similaire à la phase II, avec un nombre de participants plus élevés pouvant aller jusqu'à plusieurs milliers. Le groupe de contrôle ne prendra plus de placebo mais le médicament le plus utilisé sur le marché actuellement pour traiter ce type de maladie. On compare ainsi l'efficacité du nouveau médicament avec l'efficacité de l'ancien. Ces tests de phases III sont souvent utilisés ensuite dans les promotions marketing des visiteurs médicaux. Pour obtenir une AMM de l'EMA, la majorité des médicaments doivent effectuer deux tests cliniques phase III pour garantir non seulement la sécurité mais également l'efficacité du produit (Chan, 2014).

La phase IV (qui n'est plus obligatoire) est un test clinique post-marketing dont l'objectif est d'observer les effets secondaires sur le long terme et l'évolution du médicament en général. Notons que ces tests sont faits après commercialisation (Chan, 2014).

Il est important de noter que de plus en plus de tests cliniques prennent en compte les préférences des patients, ceux-ci ayant, comme expliqué ci-dessous, de plus en plus de pouvoir dans la prise de décision finale quant à leur médication. Cette évolution montre un besoin des firmes marketing de ne plus simplement comprendre l'impact médical que leurs médicaments pourraient avoir (ce qui servira d'argument persuasif par rapport au médecin) mais également de comprendre le comportement des patients quant à leur prise de médicament, leur comportement de recherche d'informations et leur comportement d'achat. Nous analyserons ces différents points dans le chapitre suivant.

Bien évident ces tests cliniques ne sont pas une source d'information suffisante pour les firmes pharmaceutiques : l'incidence des efforts marketing n'y est pas étudiée, l'impact des médicaments concurrents n'apparaît pas, le manque d'autres sources informelles dû à la

nouveauté du médicament n'est pas analysé, etc. Pour ces différentes raisons, l'entreprise aura accès à d'autres sources d'informations post-marketing.

3.1.2. Premier développement du plan marketing

Une fois le potentiel de la nouvelle molécule déterminé, le département marketing de la firme pharmaceutique doit définir comment délivrer ce potentiel. Nous parlerons dans cette section de deux méthodes distinctes bien connues dans tous les secteurs : le pricing et les spécificités en termes de moyens de communication.

Commençons avec les méthodes utilisées pour fixer le prix du médicament. Deux écoles existent face au prix des nouveaux médicaments : d'une part, il y a une critique quant au prix trop élevé vu le coût marginal de production faible, d'autre part on avance une justification qui prône le risque de développement et le coût important des recherches. Durant ces dernières années, plusieurs recherches montrent que ces coûts élevés sont une nécessité pour avoir accès à des médicaments innovant (Santerre et Vernon 2005). Dimasi (2003) explique également qu'une législation obligeant des prix bas menacerait sérieusement l'innovation. C'est donc bien l'effet monopolistique de la protection offerte par le brevet qui nous permet une avancée innovante dans le domaine de la santé.

On observe que les prix changent en fonction de la "nouveauté" qu'apporte le médicament. Ainsi un médicament révolutionnaire aura un prix bien plus élevé au lancement. Son prix sera (cela dit) souvent sujet à des diminutions continues au fur et à mesure de son cycle de vie (Landsman & al, 2014, p. 204-206). L'objectif ici est de s'approcher petit à petit du prix auquel seront vendus les médicaments génériques pour ne pas perdre soudainement une clientèle trop importante. Les produits moins révolutionnaires ont souvent une évolution inversée : ils ont un prix d'introduction assez bas mais qui augmente avec le temps pour se stabiliser au moment de l'entrée de générique. L'objectif dans ce cas-ci est de surclasser les substituts thérapeutiques imparfaits avec un prix moins cher au début pour réussir son

entrée sur le marché pour ensuite profiter d'une base de client loyal qui gardera à l'esprit la supposée supériorité du médicament original (Landsman & al, 2014, p. 204-206).

En Belgique, le régulateur discutera du prix du médicament avec la firme de production avant que le médicament ne reçoive l'autorisation de mise sur le marché. C'est le service des prix du SPF qui prend les décisions ici. Jusqu'en 2005, le SPF avait une politique extrêmement strict envers les produits remboursables afin de tenter de contrôler le coût de la sécurité sociale. Si ces régulations ont changé au profit de la concurrence, une autorisation de (modification de) prix est nécessaire même en cas de hausse du prix du médicament. Notons que cette démarche doit être accomplie également par les entreprises créant un médicament non-remboursable ou sans prescription. Le prix des médicaments génériques, lui-aussi réguler en Belgique, diminue chaque année (SPF économie, sd).¹⁴

3.2. Informations sur les acteurs

3.2.1. Informations disponibles sur les médecins

Dans plusieurs des interviews disponibles en annexe, les délégués pharmaceutiques expliquaient la difficulté de calculer leur propre efficacité : en sortant du bureau du médecin, ils ne savent en effet pas si celui-ci a bel et bien été convaincu par leur discours. Ils ne sortent en effet pas avec un contrat signé comme on peut le voir dans la majorité des professions commerciales. Comment les firmes pharmaceutiques peuvent-elles savoir chez quel médecin aller promouvoir leur produit?

Ils doivent en effet savoir quels médicaments le professionnel de la santé prescrit actuellement pour éviter la publicité inutile et une cannibalisation, et ils doivent savoir la "résistance" au marketing du médecin.

Parlons premièrement des hôpitaux. Lorsqu'un médecin travaillant dans un hôpital désire se procurer un médicament particulier à un patient, il demande au chef pharmacien de

¹⁴ Plus d'information sont disponibles sur les organismes régulateurs dans l'annexe 3 et l'annexe 5.

l'institution de le commander. Celui-ci acceptera avec l'accord préalable du directeur financier de l'hôpital (si tous les hôpitaux n'ont pas une structure identique, l'impact sur l'information reçue par les firmes n'en sera pas affecté). Le chef pharmacien ayant reçu les différentes demandes de tous les médecins travaillant dans l'institution fera des commandes directement aux firmes de médicaments. Notons au passage que l'hôpital augmentera le prix de vente de ces médicaments pour gagner une marge de revenus supplémentaires. La firme a donc accès aux commandes de l'hôpital et connaît les différents médecins qui y travaillent (Explication du docteur Ph. Moens et Interview d'un visiteur médical anonyme, Annexe 6).

Les délégués médicaux se répartissent les médecins selon des zones géographiques spécifiques (Interview d'un visiteur médical anonyme, Annexe 6). Cette répartition semble être similaire pour la majorité des firmes pharmaceutiques. Pour un marché thérapeutique, un seul délégué pharmaceutique s'occupera de l'hôpital. En d'autres mots, dans un hôpital, un seul délégué pharmaceutique se chargera de tout un département thérapeutique. Il connaîtra chacun des médecins (qui ont accepté de le recevoir) et, en fonction des commandes de la part de l'hôpital pour le médicament qu'il promotionne, il connaîtra approximativement le comportement de prescription des médecins qui s'y trouvent (Interview d'un visiteur médical, Annexe 6).

Dans cette première optique, l'obtention d'informations ressemble grandement aux autres marchés classiques. Lorsqu'on regarde en dehors des hôpitaux (ou en hôpital mais sous-prescription non disponible dans l'institution), l'analyse se complique.

En effet, théoriquement, les pharmaciens ne donnent pas d'information aux firmes pharmaceutiques. Si celles-ci ont accès bien entendu aux commandes faites par la pharmacie, ils ne savent pas quel médecin a fait la prescription. Notons que plusieurs cas de ventes de bases de données de la part de pharmaciens ont été signalés par le passé (Interview d'un visiteur médical, Annexe 6). Ceux-ci acceptent de révéler les médecins qui se cachent derrière les prescriptions contre des avantages financiers sur certains médicaments (interview du docteur Hublet, Annexe 6). Sans prendre en compte ces exceptions, les firmes doivent toujours trouver une source d'information fiable pour connaître les comportements

de prescription et savoir quel médecin convaincre.

Figure 3 : Technique d'influence par rapport à la personnalité du médecin

Physician Category	Technique	How It Sells Drugs	Comments
Friendly and outgoing	I frame everything as a gesture of friendship. I give them free samples not because it's my job, but because I like them so much. I provide office lunches because visiting them is such a pleasant relief from all the other docs. My drugs rarely get mentioned by me during our dinners.	Just being friends with most of my docs seemed to have some natural basic effect on their prescribing habits. When the time is ripe, I lean on my "friendship" to leverage more patients to my drugs...say, because it'll help me meet quota or it will impress my manager, or it's crucial for my career.	Outgoing, friendly physicians are every rep's favorite because cultivating friendship is a mutual aim. While this may be genuine behavior on the doctor's side, it is usually calculated on the part of the rep.
Aloof and skeptical	I visit the office with journal articles that specifically counter the doctor's perceptions of the shortcoming of my drug. Armed with the articles and having hopefully scheduled a 20 minute appointment (so the doc can't escape), I play dumb and have the doc explain to me the significance of my article.	The only thing that remains is for me to be just aggressive enough to ask the doc to try my drug in situations that wouldn't have been considered before, based on the physician's own explanation.	Humility is a common approach to physicians who pride themselves on practicing evidence-based medicine. These docs are tough to persuade but not impossible. Typically, attempts at geniality are only marginally effective.
Mercenary	The best mercenary docs are typically found further down the prescribing power scale. There are plenty of 6's, 7's, and 8's (lower prescribing doctors) who are eagerly mercenary but simply don't have the attention they desire fawned on them. I pick a handful out and make them feel special enough with an eye towards the projected demand on my limited resources in mind. Basically, the common motif to docs whom you want to "buy out" is to closely associate your resource expenditure with an expectation—e.g., "So, doc, you'll choose Drug X for the next 5 patients who are depressed and with low energy? Oh, and don't forget dinner at Nobu next month. I'd love to meet your wife."	This is the closest drug-repping comes to a commercial exchange. Delivering such closely associated messages crudely would be deemed insulting for most docs so a rep really has to feel comfortable about their mercenary nature and have a natural tone when making such suggestions.	Drug reps usually feel more camaraderie with competing reps than they do with their clients. Thus, when a doctor fails to fulfill their end of the prescriptions-for-dinners bargain, news gets around and other reps are less likely to invest resources in them.

Source : Fugh-Berman & Ahari (2007) *How Drug Reps Make Friends and Influence Doctors*

C'est ici qu'intervient un nouvel acteur : l'IMS Heath. Cette société présente dans plus de 100 pays différents collecte des statistiques médicales et les revend à qui veut les acheter, principalement bien sûr, les firmes pharmaceutiques. Les informations disponibles en vente de l'IMS sont diverses : hôpitaux, pharmacies, médecins, firmes pharmaceutiques, laboratoires, mutuelles, panel de patients, etc. Une banque de données rêvées pour les entreprises. La société, dont le code éthique explique qu'elle avance avec l'objectif d'améliorer la santé mondiale, fournira, d'après notre deuxième interview, 50% des informations relatives au comportement de prescription des médecins. Toujours selon cette interviewé, la firme pharmaceutique extrapolera à partir ces 50% pour le reste des médecins.

Enfin, les délégués pharmaceutiques définissent des traits de personnalité des médecins qu'ils voient (Interview d'un délégué pharmaceutique anonyme, Annexe 6). Ils adaptent ensuite leur technique de vente en fonction de ces traits (Fugh-Berman & Ahari, 2007). La

figure 3 nous montre un exemple. La version complète de ce tableau est disponible en annexe 10.

3.2.2. Informations disponibles sur les patients

La DTCA étant interdite en Europe, l'information sur les patients est plus éparse et moins indispensable pour les firmes pharmaceutiques. En effet, celles-ci ne peuvent se permettre de définir une cible particulière. Le ciblage dépend souvent de la méthode de communication utilisé : le financement d'associations de patients jouira d'un ciblage spécifique, les sites internet seront dirigés vers le grand public en général alors que les campagnes de sensibilisation seront souvent établies dans des zones géographiques spécifiques (Glatter, 2004 ; Hallen and Jones, 2007).

Remarquons également que de nombreuses informations sur les patients leur sont disponibles durant leur phase de test clinique ainsi que par le feedback des médecins. *"C'est une de nos responsabilité principale que de prendre l'avis des patients de par nos rendez-vous avec les médecins"* (Visiteur médical anonyme, Annexe 6).

Partie D : Les patients

Dans cette section, nous analyserons premièrement le rôle du patient dans le processus de prise de décision lors du choix d'un médicament. Nous observerons ensuite le comportement d'achat d'un patient, principalement dans le but de comprendre les techniques de communication utilisées par les firmes. Nous analyserons enfin l'influence de ces techniques de communication sur le patient.

Chapitre 1 : La relation médecin-patient

1.1. Augmentation de l'implication du patient et influence sur le marketing

Comme nous l'avons expliqué, le choix d'un médicament sera la conséquence des processus de prise de décision du patient et du médecin conjointement (Camacho, 2014, p. 426). Cette relation médecin-patient est importante à saisir dans son entièreté étant la plus décisive dans les choix que feront les différentes entreprises pharmaceutiques et représentant souvent la base de leur plan de communication marketing (The economist, 2007). Le modèle classique de marketing basé sur les médecins qui conseillent et choisissent pour le patient à fonctionner pendant des décennies pour les firmes mais la perte de croissance récente les a poussées à réévaluer leur stratégie et à reconsidérer l'importance du patient, et donc bien entendu du marketing direct.

1.2. Du blockbuster concentré sur le médecin au marketing relationnel

Il y a encore une décennie, le modèle principal (et nous entendons ici le modèle rêvé) pour une firme pharmaceutique était ce qu'on appelle le modèle du médicament blockbuster : le médicament doit être ciblé pour une masse très importante (un médicament couramment employé plutôt qu'un médicament à usage peu fréquent). Le médicament devrait être disponible sous prescription principalement et tout le plan de communication marketing de la firme consisterait à convaincre un maximum de médecins de prescrire le produit (The economist, 2007). L'objectif étant que le médicament rembourse son coût en recherche et

développement mais aussi les dry holes subis par la firme et les pertes causées par les médicaments qui n'ont pas connu de succès commercial. Le médicament jouirait alors d'une notoriété telle que l'arrivée des génériques ne pourrait le faire tomber de son piédestal (Stremersch & Van Dyck, 2009). Modèle principal du secteur entier pendant des décennies, il a commencé à chavirer quand les bénéfices des entreprises a alerté les actionnaires. En 2007, une coalition d'investisseurs se dit en effet concerné par le manque de soutenabilité financière du modèle du blockbuster (The economist, 2007). D'autres sociétés pharmaceutiques et de consultance impliquées dans le marché commencent à envisager de modifier la stratégie indémodable du médicament blockbuster (Gilbert & al, 2003).

Beaucoup prônent alors la prise en considération du patient (Camacho & al, 2010). Ce modèle est basé sur le travail du sociologue Parson qui en 1961 étudiait la différence de rôle jouée par le médecin et le patient dans la société. L'impact du patient sera prouvé en 2008 : le prescripteur et le malade prennent la décision conjointement (Ding et Eliasberg, 2008).

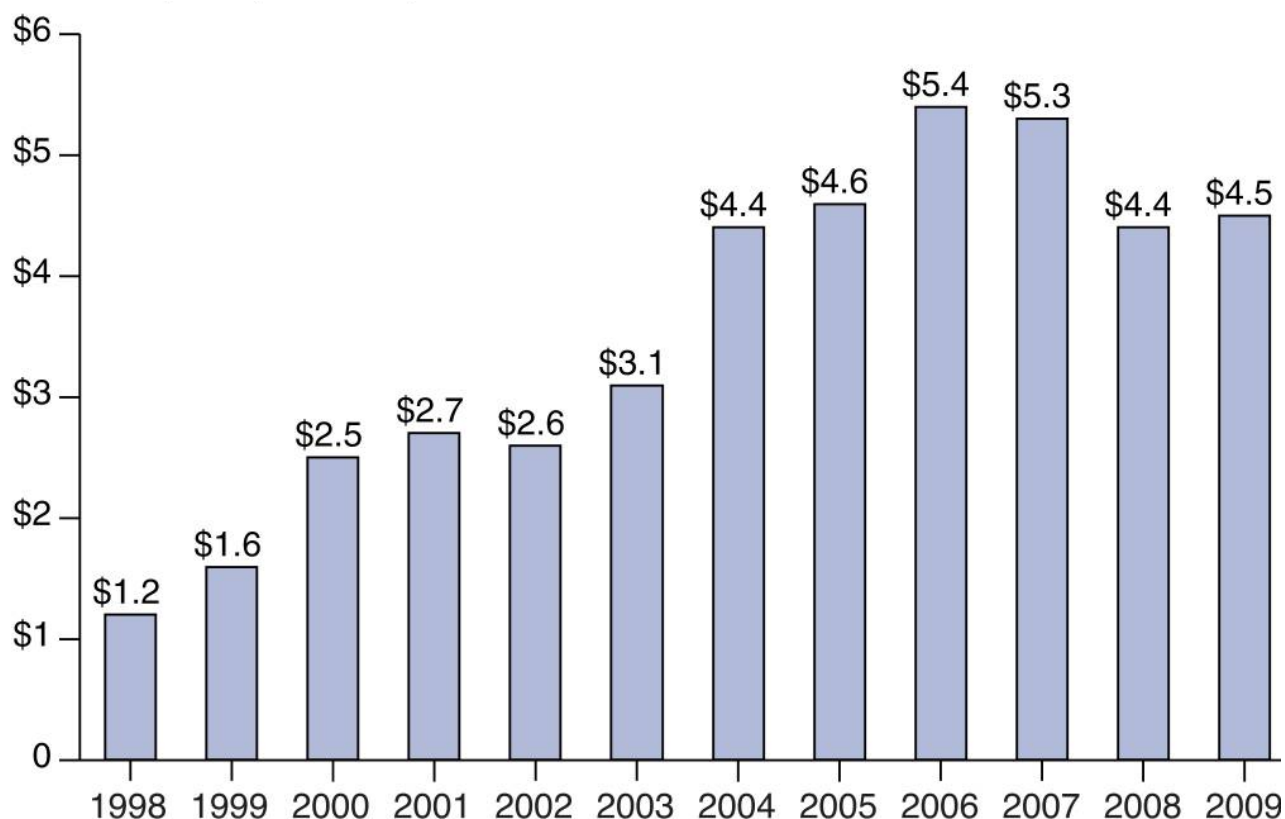
L'augmentations du pouvoir du patient dans le processus de prise de décision s'oriente autour de quatre axes : l'augmentation de l'importance de la libre expression, un changement démographique et de style de vie, l'augmentation des technologies et l'augmentation de la régulation médicale (Camacho, 2014, p. 429-433).

- Premièrement, la libre expression est une valeur culturelle forte dans nos sociétés occidentales qui nous pousse à agir de façon autonome en tentant d'éviter au maximum la conformité. C'est dans cette optique que les sociétés occidentales sont plus enclines à vouloir être un acteur dans le choix de nos traitements plutôt que simplement un spectateur (Charles & al, 2006). Nous voulons d'une part comprendre la raison du choix d'un médicament mais également donner notre avis au médecin qui, théoriquement, a une connaissance plus approfondie du domaine.

- Deuxièmement, le style de vie urbain, la pollution et l'augmentation de l'âge moyen engendre de plus en plus de thérapie à long terme. Pour éviter une croissance des coûts des soins de santé trop importante, l'automédication est de plus en plus encouragée. Les malades chroniques visent à rechercher une autonomie dans leur traitement (Bodenheimer et al. 2002).
- L'évolution de la technologie donne également au patient la possibilité de s'informer facilement. Le nombre de site à caractère médical augmente considérablement depuis plusieurs années. Ainsi, Ferguson et Friedman parle d'une « *révolution technologique du domaine médical* ».
- Enfin, des changements dans la régulation médicale sont apportés dans de nombreux pays pour légaliser et rendre plus flexible le marketing direct. Les Etats-Unis notamment suivent cette direction en prônant une information plus complète du patient (Holmer, 1999). Si cette mode n'est pas arrivée en Europe, la distinction légale importante entre publicité et information permet tout de même aux firmes de publier des documents informatifs à l'égard du grand public.

Cette prise de position du patient est accueillie de manière mitigée par les médecins comme nous l'avons vu lors de nos interviews. Ainsi, s'ils s'accordent à dire que l'information du patient est positive, ils ne comprennent pas la volonté de donner un diagnostic sans formation médicale (Interview du Dr. Haine, Dr. Hublet, Dr. Moens, Annexe 6). La firme pharmaceutique qui veut informer et convaincre le patient directement doit alors être sûre de ne pas détériorer sa relation avec le médecin. En effet, au début du 19ème siècle, certaines firmes ont tenté une promotion de marketing direct qui a été rapidement abandonnée à cause de tension avec les médecins qui les voyaient alors comme des concurrents (Starr 1982).

Graphique 6 : Evolution du DTCA aux Etats-Unis entre 1998 et 2009 (en million de dollars)



Source : Ventola, *Direct-to-consumer pharmaceutical advertising*, 2011

Comme nous le remarquons, une partie importante des dépenses marketing aux Etats-Unis concerne le marketing direct. Aujourd'hui, 14,2% des dépenses totales en marketing sont faites, aux USA, en DTCA (un graphe des dépenses totales en marketing est fourni en annexe 8). Le marketing relationnel est donc aujourd'hui bien en place et le patient a bien son rôle à jouer dans le processus de prise de décision d'un médicament. Cela aura un impact intéressant au niveau éthique du secteur : si avant la responsabilité éthique quant au choix revenait au médecin, maintenant on peut se demander si il n'est pas du devoir du patient de s'informer également.

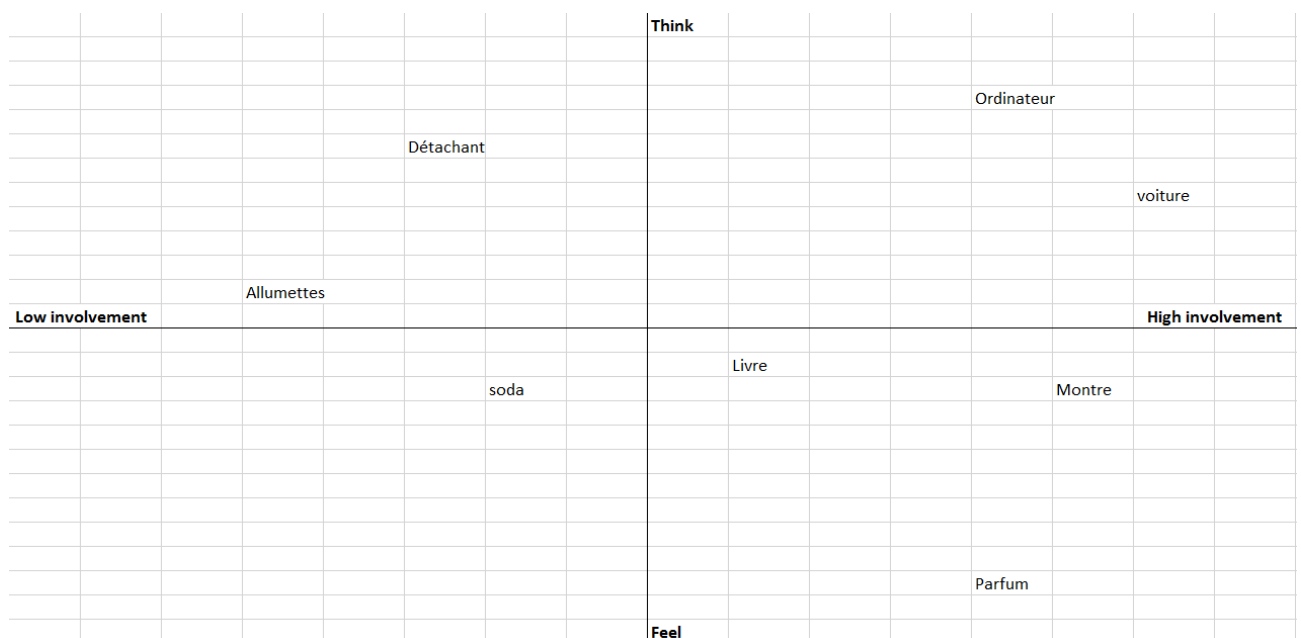
Chapitre 2 : Processus de prise de décision du patient et comportement d'achat

Afin de mieux comprendre les moyens de communication et d'influence des grandes firmes pharmaceutiques, nous allons étudier les « comportements d'achat » des patients. En effet, c'est en étudiant ces comportements que les entreprises comprendront comment optimiser l'influence qu'elles auront sur le patient et sur le médecin indirectement.

2.1. Type de produit

Commençons par observer où les médicaments, se positionnent sur la FCB grid. Pour rappel, la grille « Foot-Cone-Belding » a pour but de différencier les produits pour ensuite analyser les types de comportements que les consommateurs vont avoir en rapport avec le produit. La grille sépare les différents produits en fonction de deux axes : le premier est l'axe Think-Feel et le second, l'axe High involvement – Low involvement (De Pelsmacker, Geuens, Van Den Bergh, 2013). Voici quelques exemples de produits situés sur la FCB grid.

Figure 2 : Exemple de produits placés sur la FCB grid



Pour mieux comprendre, lors de la considération de l'achat d'une voiture, vous allez réfléchir sur le modèle que vous voudriez en fonction d'attributs précis, vous allez considérer vos

sentiments par rapport à ce modèle avant de l'acheter. Cet achat engendre en effet une implication élevée (principalement dû au coût important) et une tendance à réfléchir plutôt qu'à ressentir. Un bijou poussera également vers une implication élevée mais vers une tendance à ressentir plutôt qu'à réfléchir. Etant donné que la position sur la FCB grid influencera le comportement d'achat de médicaments des patients, elle influencera aussi les moyens de communications marketing des firmes pharmaceutiques (De Pelsmacker, Geuens, Van Den Bergh, 2013).

Essayons maintenant de placer les médicaments sur la FCB grid. La littérature nous indique que le choix d'un médicament reflète une décision cognitive et non affective (Wozniak-Holecka, Grajek, Siwojad, Czech & Mazgaj, 2012) pour les OTC. Nous en déduisons qu'il en va de même pour les médicaments sous prescription. Nous sommes donc dans la partie supérieure de la grille. La question de l'implication du patient est plus délicate : on remarque qu'elle dépend de l'individu (De Pelsmacker, Geuens, Van Den Bergh, 2013). La littérature s'accorde à dire que l'implication augmente de manière générale sur la population et sur les différents marchés thérapeutiques (Ding, 2014, p. 12). L'implication sera donc variable selon le type de médicaments et le type de patient mais sera considérée comme élevée du à

2.2. Processus de prise de décision

Ayant conscience de ce point, on considère que le processus de décision est long pour les médicaments. Cela signifie que le patient passera par ces différentes étapes avant, pendant et après son achat de médicaments (Darpy & Volle, 2007):

- Reconnaissance du besoin
- Recherche d'informations
- Formation des attitudes
- Evaluation des alternatives
- Achat

- Consommation
- Evaluation après achat

2.2.1. Reconnaissance d'un besoin

La première étape dans secteur médical est assez particulière, il s'agit en réalité simplement de reconnaître le fait d'avoir besoin de médicament. Cette reconnaissance vient du décalage entre la situation idéal du patient (qui est dans ce cas d'être en bonne santé) et la situation réelle (être malade) (Darpy & Volle, 2007). Si le médicament ne se vend que sur prescription, la reconnaissance du besoin se fera par le médecin (grâce à l'interdiction de DTCA) et la firme pourra jouer sur l'activation grâce aux méthodes communications destinées aux médecins. Les firmes pourront également utiliser des campagnes de sensibilisation (Glatter, 2004 ; Hallen and Jones, 2007) et le financement d'association de patient (Baggott and Forster 2008, Ball et al. 2006)

Par contre, pour les OTC, les entreprises jouissent de plus de leviers légaux pour activer le besoin, notamment, selon le type de médicaments (Législation belge, s.d.), la publicité télévisée, dans les journaux, etc. Nous pouvons prendre l'exemple d'un médicament antimycotique (contre les champignons) sans prescription qui jouent sur l'activation d'un besoin latent en décrivant les symptômes causés par les champignons (Landsman, 2014, p. 195).

2.2.2. Recherche d'informations

Afin de comprendre au mieux les différents moyens de communication utilisés par les firmes pharmaceutiques et l'impact que celles-ci peuvent avoir sur le patient, il convient d'observer le comportement d'achat du grand public face à une question d'ordre médical.

Dans cette section, nous observerons donc les sources d'information disponibles au potentiel patient et le crédit que celui-ci lui apporte.

a. Information via le médecin

Si le fait d'aller chez le médecin constitue, d'une part, une étape légalement obligatoire dans la consommation de médicament sous ordonnance, c'est également un pas supplémentaire dans le comportement de recherche d'information du patient.

Le cheminement le plus habituel pour un individu malade sera de se rendre premièrement chez son médecin généraliste (Beisecker, 1990). En fonction de la maladie en question et des connaissances des généralistes, celui-ci peut l'envoyer chez un spécialiste (Interviews disponibles en annexe 6). Le spécialiste prendra donc en compte les symptômes du patient et, si nécessaire, recommandera des tests complémentaires afin de préciser le diagnostic. C'est bien entendu sur base de ce diagnostic que toutes les décisions de consommation sont prises (Interview du Dr. Hublet, Annexe 6).

Notons que nos différents médecins interviewés ont observé un mode croissant de l'autodiagnostic préalable. Ainsi le Dr. Moens, rhumatologue, explique lorsqu'on lui demande si la relation entre le patient et le médecin a changé : *"Dans le temps, le patient arrivait chez vous, il n'avait même pas pensé à essayer de déterminer ce qu'il avait. Il se sent mal, il va voir le docteur et il fait ce que le docteur lui dit. Aujourd'hui le patient est beaucoup plus revendicateur. Il pense que le médecin n'est là que pour lui donner une prescription. Il arrive avec son diagnostic et vous explique directement de quel médicament il a besoin. Beaucoup de médecins ne supportent pas ça. Ce que je comprends : la majorité du temps, leur diagnostic est complètement faux"* (Interview Dr. Moens, Annexe 6)

Toutes les recherches préalables du patient avant la visite chez un médecin avait un objectif d'autodiagnostic (Renahy, Parizot, Lesieur & Chauvin, 2007).

Pour évaluer l'impact du marketing pharmaceutique sur cette étape du comportement de recherche d'information, il faut observer le comportement de diagnostic et de prescription du médecin, ce que nous ferons dans le chapitre suivant de ce travail dédié entièrement au

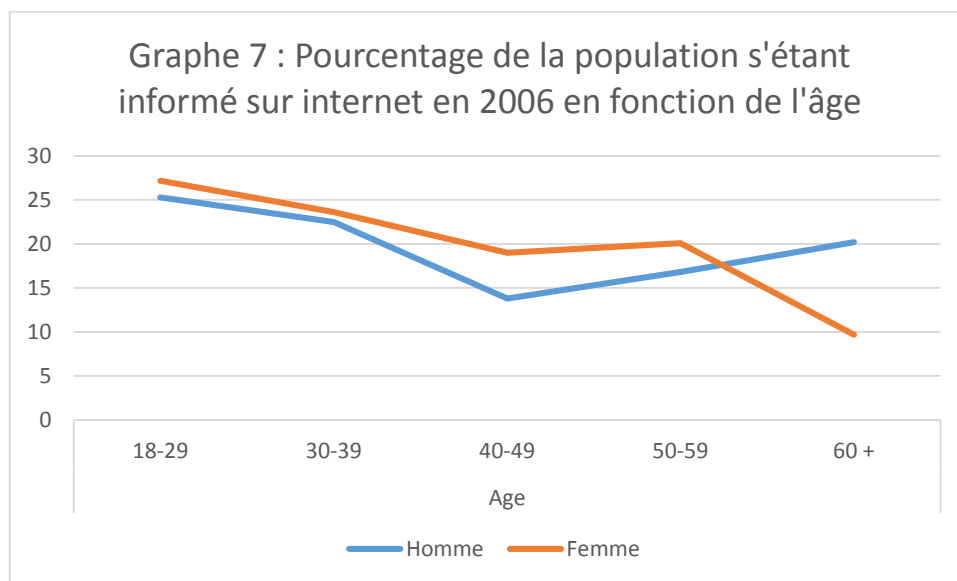
professionnel de la santé.

b. Information via internet

Il est facilement envisageable qu'un premier réflexe est de s'informer sur internet en tapant les symptômes dont le patient souffre. En effet, vu l'augmentation ininterrompue du média en Belgique et considérant la multiplication des sites professionnels ou non et des forums liés au domaine de la santé, il n'est pas surprenant qu'un internaute choisisse d'aller voir un médecin selon les avis donnés sur la toile.

Selon une étude de 2007 (Andreassen & al, 2007), on voit qu'entre 54% et 77% (en moyenne 70%) des internautes européens ont déjà utilisé un service internet lié à la santé. Ce pourcentage diminue avec l'âge des internautes interrogés. Il est plus important pour les femmes que pour les hommes et est corrélé positivement avec le niveau de revenu et d'éducation. Un autre facteur d'influence est la chronicité de la maladie chez un patient : un internaute avec une maladie chronique diagnostiquée depuis plusieurs années sera plus enclin à chercher de l'information --- sur le net. Enfin, on peut ajouter que la pénétration d'internet est plus importante en Belgique (90,4%) que sur la moyenne européenne (70,5%) ce qui aura aussi un impact sur le nombre de belges utilisant les média comme source d'informations (Internetworldstats.com, s.d.).

Ces chiffres sont plus importants encore selon l'Inserm (Institut de la santé et de la recherche médicale) : plus de 93% des internautes français se seraient informer en matière de santé sur le net pendant les 12 mois précédents l'enquête (mais ce chiffre pourrait être généralisable à d'autres pays du nord de l'Europe occidentale) (Renahy, Parizot, Lesieur & Chauvin, 2007). Les facteurs d'influence sont similaires à ceux de l'enquête précédente : le sexe (graphe 7), l'âge, le revenu et l'état de santé. Il faut souligner que cette étude contient un nombre important de répondants liés au domaine de la santé (42,7%).



Source : Renahy, Parizot, Lesieur & Chauvin, 2007, *enquête web sur les habitudes de recherche d'information liées à la santé sur internet*.

Il semblerait que s'informer sur internet ne constitue pas une véritable alternative à consulter un médecin aux yeux des internautes : 88% de ceux qui se sont informés sur internet ont également un médecin régulier qu'ils ont consulté durant les 12 derniers mois, une proportion similaire à ceux qui ne sont pas informés sur la toile (Renahy, Parizot, Lesieur & Chauvin, 2007).

L'étape de cette recherche d'informations dans le processus de prise de décision est aussi un point important : il semblerait que la majorité des internautes recherchent sur internet sans lien direct avec une consultation. Cela dit, 17,1% expliquent qu'ils ont tout simplement remplacé une consultation médicale par une recherche sur un moteur de recherche. 41,9% des répondants ont cherché l'information avant la consultation médicale et 49,1% après la consultation.

Nous pouvons noter que uniquement 43% du grand public vérifie les sources des sites internet et des autres articles qu'ils trouvent. Comme nous le verrons plus en détail, ces

sources sont souvent des entreprises pharmaceutiques, bien au courant du comportement des individus.

Des informations complémentaires sur la recherche d'informations liées à internet sont disponibles en annexe 9.

2.2.3. Formation des attitudes/ Evaluation des alternatives

Nous allons maintenant analyser comment les patients obtiennent une préférence pour un médicament plutôt qu'un autre. La littérature nous donne un grand nombre de modèles multi-attributs qui nous permettent de mieux comprendre comment les patients vont choisir parmi les différents médicaments qui leur sont proposés.

Tout d'abord, rappelons que les médicaments sont des produits que l'on appelle « experience good » c'est à dire que pour avoir une appréciation exacte à leur propos, il faut les avoir testés (en opposition avec les « search good » (Cabral, 2000).

Pour commencer, parlons de Crowford et Shum qui en 2005 font la distinction entre deux effets distinctifs d'un traitement : l'effet symptomatique et l'effet curatif. Par effet symptomatique, les auteurs entendent nous faire comprendre la diminution des symptômes de leur maladie et/ou l'apparition d'effets secondaires négatifs dus au traitement. Une diminution de la fièvre lors d'une grippe sera un effet symptomatique positif. L'effet curatif traduit l'idée de pourcentage de guérison du patient. Dans ce modèle, le patient, incertain au début, apprend par son expérience les deux types d'effets que le traitement aura sur lui. Il accordera une importance différente/variable à la suppression des symptômes et à la guérison. Il choisira son médicament en conséquence. Une critique de ce modèle vient du fait qu'il ne prend pas en compte les maladies dont la suppression du symptôme est équivalente à la guérison comme la dépression.

Le modèle nous donne un indice important sur la manière d'aborder et de théoriser les préférences des patients pour un médicament : un modèle multi-attribut dont l'efficacité et la suppression des effets secondaires sont les plus critiques. C'est donc bien sur ces facteurs

que les firmes devront jouer dans leur plan de communication (Chan, 2014, p. 182-185).

En 2007, King conduit une expérience durant les tests cliniques d'un médicament pour déterminer les préférences les plus importantes d'un patient dans le choix d'un médicament. Les attributs évalués durant cette expérience sont, entre autre, le contrôle des symptômes, l'effet sur la vie quotidienne, les effets secondaires, la facilité et le coût de prendre le médicament. L'expérience se déroule comme suit : un groupe de patient souffrant d'asthme prend un médicament parmi trois médicaments possibles pendant 6 semaines. Pendant cette période, ils notent chacun des attributs inscrits ci-dessus. Ils passent ensuite deux semaines sans médication (période transitoire de « wash-out »). Ils s'informent durant ce temps sur les deux autres médicaments (eux-aussi notés sur leurs différents attributs) avant de choisir s'ils veulent changer de médicament, garder le même ou ne plus prendre de médicament. King a trouvé que les patients choisiront un médicament leur permettant de participer à leurs activités quotidiennes, avec le moins de symptômes et d'effets secondaires possible et le moins cher (King, 2007). Une remarque doit être formulée---: l'étude a été effectuée aux USA où le prix est un facteur important dû au manque de remboursement public. L'attribut prix de l'étude pourrait être largement différent en Europe.

En 2006, Chan & Hamilton ont montré que pour des traitements longs et lourds, l'effet symptomatique prônait sur l'effet curatif. En effet, sur quatre propositions de médication pour le HIV, les patients avaient une préférence pour celui qui montrait la moins bonne efficacité curative (600 mg de zidovudine). Cette étude a montré que le modèle multi-attribut d'un médicament dépendra grandement du marché thérapeutique dans lequel le médicament évolue.

En 2010, Ching montre que le type de médicament (nous entendons par là générique, original, follow-up ou me-too drugs) aura une influence sur la préférence du patient. Ainsi, les malades préféreront en général un médicament original plutôt qu'un générique. Cette donnée importante prouve que les patients sont souvent peu informés sur les médicaments, les génériques et les originaux étant parfaitement similaires. Il a également démontré que les patients sensibles au prix seront plus enclins à essayer les médicaments génériques.

Une autre étude de Chan & al en 2013 montre que ces différents modèles de formation des attitudes ne sont réellement applicables sur le marché qu'une fois que le patient a pu essayer le médicament. Cela ne signifie pas qu'il doit essayer tous les médicaments pour connaître celui- qu'il choisira mais qu'après avoir utilisé un certain type de traitement, il sera plus enclin à comprendre quels effets symptomatiques et curatifs il désire et donc à se créer son modèle préférentiel en fonction des informations disponibles sur les autres médicaments.

Ces études nous permettront d'interpréter le contenu des communications dirigées aux patients afin d'en comprendre leur influence.

2.2.4. Achat/consommation

L'achat du produit aura une importance pour le plan marketing de la firme pharmaceutique si celle-ci utilise des conseillers pharmaceutiques destinés à convaincre le pharmacien. Ainsi, l'endroit où le patient ira chercher ses médicaments peut avoir son influence (Interview d'un délégué pharmaceutique anonyme, Annexe 6). Comme nous l'avons compris dans l'interview du docteur Hublet, les pharmaciens peuvent aujourd'hui en partie choisir le médicament que le patient recevra, même si le médecin a inscrit le nom d'un médicament précis. Le processus de consommation sera lui bien moins important que pour d'autres gammes de produits : la consommation d'un médicament dépend entièrement de la nature de celui-ci et le rythme de consommation est très souvent imposé par le médecin. Ce rythme dépendant des résultats des tests cliniques sur lesquels la firme a peu de contrôle. Néanmoins nous remarquerons que beaucoup de patients ne suivent pas les rythmes de consommation imposés par leur professionnel de la santé. Ainsi il est estimé que globalement, 50% des patients seulement prennent leurs médicaments comme conseillés (Ilyuk, Irmak, Kramer, & Block, 2011, p. 318).

En analysant les différentes interviews des médecins, on remarque que la majorité de ceux-ci ne sont pas regardant par rapport au prix des médicaments à condition que celui-ci soit (partiellement) remboursable par l'organisme assureur. Ceux-ci seront donc souvent enclins,

après avoir prescrit la même marque pendant toute la durée du brevet, à ne pas changer lorsque les génériques entre sur le marché. On comprend alors soudainement pourquoi les pharmaciens deviennent la cible principale des entreprises de génériques. *«Nos propres forces de vente agissent essentiellement sur le pharmacien, mais une partie de notre communication reste tournée vers le médecin via la presse professionnelle et des actions de marketing direct»* (Docteur Maurice Chagneud, 2000).

2.2.5. Evaluation après achat

Les médicaments étant des « experience good », la majorité des modèles multi-attributs analysés dans la section sur la formation des attitudes sont applicables à l'évaluation après achat. En effet, la nature même des « experience good » veut que le consommateur ne dispose d'une attitude éduquée qu'en cas d'achat et de consommation préalable. La théorie développée lors de cette section précédente est donc applicable ici.

2.4. Heuristique

Par heuristique, nous entendons une association cognitive rapide et intuitive faite par un individu sans juger de sa véracité ou de son fondement. En d'autres mots, dans notre problématique, le patient tirera une conclusion rapide sur un médicament sans fondement scientifique précis. La littérature explique que cette heuristique a un impact économique conséquent dans le marché pharmaceutique : le manque de compliance coûte aux USA 177 milliards de dollars chaque année (Ilyuk, Irmak, Kramer, & Block, 2011, p. 318). Ce problème de compliance vient de l'efficacité perçue du médicament. On distingue l'efficacité perçue avant consommation et l'efficacité perçue après consommation. Ce facteur jouera un rôle primordial dans le choix d'un médicament puisqu'il sera pris en compte non seulement par le patient mais également par le médecin grâce au feedback du malade.

Bowman montre que des heuristiques influenceront le patient durant les diverses étapes du processus de prise de décision. On voit ainsi que lors de la formation initiale de l'attitude avant achat, le patient est influencé par la manière dont il perçoit les risques et les bénéfices d'un médicament. Même l'évaluation après achat peut être grandement biaisé dans l'esprit

du patient : les inconvénients et les bénéfices apportés par la prise du médicament, les signaux envoyés par la publicité, la perception des effets négatifs et les propriétés associées à ce médicament pourront changer l'avis du malade sur le traitement ! (Bowman, 2004, Cowffield & Buckalew, 1988).

On remarque donc que, si les modèles multi-attributs de formation des attitudes envers le produit tendent à se baser sur des indices rationnels que ne pourrait influencer la publicité, l'heuristique influence ces attitudes et permet aux firmes pharmaceutiques d'avoir un impact sur l'évaluation d'un médicament par un patient. En un mot, malgré la nature objective du produit, le marketing pharmaceutique influencera l'évaluation des patients envers les médicaments.

Chapitre 3 : Les moyens de communication destinés aux patients

Si, comme nous l'avons expliqué, le DTCA¹⁵ est interdite en Europe, la question de supprimer cette interdiction est régulièrement soulevée par nos autorités. Partout ailleurs, la sonnette d'alarme est tirée sur les dangers d'une telle pratique (Kmietowicz, 2003). Le WHO a explicitement proposé l'interdiction mondiale du DTCA. En effet, son influence a été prouvée aux USA : on remarque une augmentation de la consommation, de la demande (du patient) et de la prescription des médicaments jouissant d'une couverture publicitaire (Golbody, Wilson & Watt, 2005). Cependant on ne remarque aucun impact positif du DTCA sur la santé publique. Par contre, des études ont prouvé que le DTCA était lié à une augmentation des prix des médicaments et à une utilisation trop importante de ceux-ci (Richards, 2008).

Plusieurs études ont également montré que les médecins s'accordent souvent avec le patient si celui-ci demande un médicament particulier plutôt qu'un autre, augmentant encore l'influence du DTCA (Velo & Moretti, 2008). Comme pour le reste du marketing, les analyses concluent que le DTCA sera positif pour l'industrie pharmaceutique et donc pour l'innovation

¹⁵ Direct-to-Consumer Advertising. Rappelons qu'il ne concerne que les médicaments avec prescription.

mais négative pour la santé du patient et sur l'économie sociale.

Nous expliquerons dans cette section comment les entreprises tentent de pallier cette interdiction légale en jouant sur la différence entre la publicité et l'information. Nous observerons si oui ou non les firmes parviennent à influencer le patient. Nous nous baserons pour cela sur les observations faites par nos médecins par rapport à leurs patients et sur la littérature.

En 2008, l'Europe a refusé la proposition d'autoriser la DTCA. Une distinction claire a été établie entre la publicité et l'information non-promotionnelle. En effet, la majorité s'accorde à dire que les citoyens européens ont droit à un accès à une information objective, compréhensible, de haute qualité et non-promotionnelle (Richard, 2008). Les critiques viennent bien entendu du fait qu'il est très compliqué de faire une distinction entre publicité et information quand cette dernière vient directement du vendeur.

Devant les refus répétés de l'Europe pour l'autorisation du DTCA, les firmes ont imaginé de nouveaux moyens de communiquer directement aux patients. Le sponsoring d'association de patient et les campagnes de sensibilisation sont devenues des dépenses courantes au même titre que la création (ou subvention) de sites internet et de forums sur le domaine de la santé.

3.1. Site internet

« This channel allows patient–firm dialogue and is accessible, subject to existing regulations, even in countries in which DTCA is not allowed. » (Camacho, 2014)

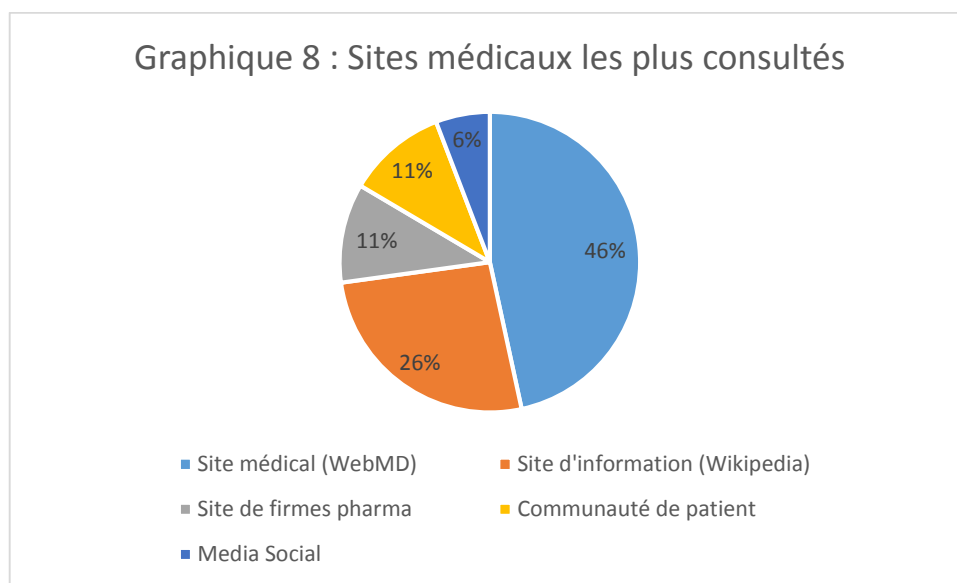
Comme nous l'avons déjà souligné dans le processus de prise de décision du patient, en moyenne, 70% des européens ont visité un site à caractère médical l'année dernière (Andreassen & al, 2007) mais uniquement 43% de ceux-ci vérifient les sources des informations qu'ils trouvent sur la toile (Renahy, Parizot, Lesieur & Chauvin, 2007). De plus, l'étude de The Nielsen Company en 2010 a prouvé que les internautes accordent une grande confiance aux informations médicales trouvées sur internet.

Or, de nombreux sites sur internet sont sponsorisés ou entièrement réalisés par les firmes

pharmaceutiques. De plus les sites recherchés concernent principalement les médicaments OTC (Camacho, 2014, p. 432). Il est donc clair qu'un grand nombre de patients recherchent des informations sur une médication dont ils ont probablement besoin, sans vérifier la source de cette information.

Nos interviews confirment cette tendance : la majorité des médecins ont en effet déclaré que les patients étaient plus informés actuellement que dans le passé. Ils ont également expliqué que ces informations provenaient souvent d'internet, qu'ils arrivent parfois avec un diagnostic tout fait ou qu'ils préfèrent un médicament plutôt qu'un autre parce qu'il était conseillé sur un site médical (Interview du Dr. Lamrarski, Annexe 6).

Les recherches faites aux USA sur le DTCA montrent que les informations disponibles sur la toile auront bel et bien un impact sur le processus de prise de décision des patients (Gilbody, Wilson & Watt, 2005). Cet impact sera atténué (mais pas supprimé) si le patient a besoin d'une prescription et donc de l'avis d'un médecin pour obtenir le médicament. L'influence sera par contre plus importante si le médicament en question est un OTC (ce qui est le plus recherché).



Source : Pamacho, *Patient Empowerment*, 2014

Toutes ces informations ont été données dans la section précédente et ont été confirmée par nos différentes interviews. Ainsi le docteur Lamrarski nous explique « *A cause d'internet*

principalement. Ils se renseignent d'abord sur le médecin. Ensuite sur toutes les techniques et les médicaments. Ils ont leur avis sur tout. C'est une bonne chose oui et non. Ils ont un accès à l'information ce qui est très bien mais il y a pas de contrôle sur l'information. Ça peut être complètement faux. » (Inter du Dr. Lamrarski, Annexe 6)

Une étude de 2008 sur les sites à caractères médicaux montre que 58% des 50 premiers sites concernant la schizophrénie reçoivent une contribution financière de la part d'une grande entreprise pharmaceutique (Read, 2008). Une autre étude de 2013 montre que 42% des sites sur les maladies mentales appartient à des firmes pharmaceutiques et que 36% reçoivent de l'argent des entreprises (Read & Cain, 2013). - Cette même étude montre qu'une grande partie de ces sites dévoilent des informations biaisées sur les maladies mentales.

Il devient évident que les patients utilisent internet pour s'informer sur les médicaments, que ces recherches influencent leur prise de décision et que les entreprises pharmaceutiques utilisent ce moyen de communication pour faire parvenir directement l'information aux patients sans passer par le médecin.

Ces informations ont-elles un objectif promotionnel plus qu'informatif ? Si nous reprenons l'enquête de Read en 2008 sur la schizophrénie, nous notons que les informations trouvées sur les sites financés par des firmes pharmaceutiques diffèrent significativement des informations disponibles sur des sites plus indépendants. Dans une autre étude du même auteur en 2013 on peut lire : « *These results suggest that the documented influence of the pharmaceutical industry over research, professional organisations, teaching institutions, clinical practice and regulatory bodies may now extend to public promotion, via the internet, of perspectives conducive to maximisation of sales.* » (Read & Cain, 2013).

Ceci avait déjà été montré en 2007: les sites internet sponsorisés énumèrent peu les effets secondaires néfastes et les risques liés à la consommation des médicaments promotionnés (Davis, Cross & Crowley, 2007).

Ces informations rejoignent les conclusions des médecins que nous avons interrogés : s'ils

disent que les patients sont plus informés, ils ajoutent clairement que les diagnostics avancés par les patients ainsi que les traitements souhaités sont tout simplement faux (Interview des Dr. Haine et Dr. Moens, Annexe 6).

Il semblerait donc que les entreprises jouent sur la ligne floue existante entre information non-promotionnelle et publicité. Est-ce pour contrer l'interdiction de DTCA ?

3.2. Association de patient

En Belgique, comme nous l'avons souligné dans la section du travail dédié à la législation, le sponsoring d'associations de patients par des firmes pharmaceutiques est légal. Cependant une firme ne peut pas empêcher l'association de rechercher un financement chez une firme concurrente et les arrangements financiers doivent être transparents (Législation belge, s.d.). D'après la législation et les différents codes déontologiques, cette transparence est ici le mot d'ordre.

Les rôles et les intentions des associations de patients peuvent varier selon la maladie et les besoins des malades. Beaucoup tentent d'avoir une influence sur la politique de remboursements ou de prix des médicaments qui les concernent. D'après plusieurs études, ces associations ont une influence croissante sur les organismes régulateurs à travers le monde (Jones, Baggott & Allsop, 2004).

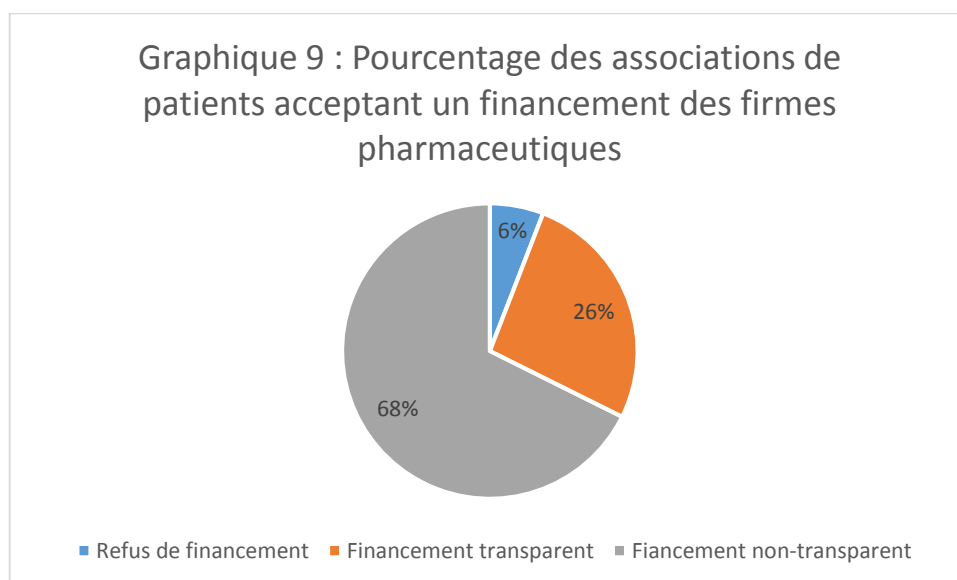
Les entreprises pourraient vouloir influencer ces associations de patients pour plusieurs raisons :

- avoir un impact sur la politique en matière de remboursement de médicaments ;
- exercer un contrôle de la distribution de l'information via ces associations ;
- pouvoir bénéficier d'un accès plus direct aux patients atteints ;
- permettre à l'entreprise de recruter des patients pour effectuer des études dans différents phases cliniques.

Qu'en est-il effectivement, et le principe de transparence est-il respecté ?

Plusieurs études ont montré que le financement des groupes de patients par les firmes pharmaceutiques est en pleine croissance (Baggott & Forster, 2008; Ball & al, 2006). Une étude du très respectable British Medical Journal de 2007 montre que seulement 16% des lecteurs trouvent ce financement éthiquement correct. Bien entendu ce financement pourrait être fait pour des raisons purement altruiste (Baggot & al, 2005).

Le graphique 9 montre le pourcentage d'associations de patients qui refusent l'aide de firmes pharmaceutiques de façon à rester indépendantes (6%), qui acceptent l'aide et veulent que toutes ces informations soient transparentes (26%) et qui acceptent l'aide mais ne donnent aucune information sur l'origine des fonds (68%).



Source : Jones, 2008, *In whose interest? Relationship between health consumer group and pharmaceutical company in the UK*

La même étude montre que les compagnies pharmaceutiques financent en moyenne entre une et dix associations de patients mais que la majorité de ces associations ne sont sponsorisées que par une seule compagnie (Jones, 2008). De même l'étude montre le manque de transparence de la part des associations de patients, alors que les firmes pharmaceutiques mettent en avant sur leur site les groupes qu'elles sponsorisent.

Toujours selon Jones, ce manque de transparence ne nous permet pas de préciser si le financement à un but altruiste ou non.

3.3. Financement de campagne de sensibilisation

Les firmes pharmaceutiques sont également souvent mises à contribution pour le financement de campagnes de sensibilisation.

Encore une fois la question peut être posée: --est-ce dans un but purement altruiste et n'y a-t'il pas une tentative de contourner l'interdiction de la DTCA? Ce problème est bien connu de certains groupes de patients qui tentent de réduire l'influence des sociétés pharmaceutiques et qui ont donc développé des méthodes de décryptage de campagne (Collectif Forindep, 2015).

Une campagne de sensibilisation doit théoriquement avoir un but éducatif et non promotionnel. Elle ne peut donc pas contenir le nom du médicament ou de la classe thérapeutique du médicament (Frost & Sullivan, 2005). Aussi appelé DAA¹⁶, les campagnes de sensibilisation diffèrent donc du DTCA par leur nature et leur objectif théorique.

Nous allons analyser la différence d'impact sur le patient entre une DAA et une DTCA.

On note que les firmes utilisent souvent dans leur campagne DAA des couleurs ou des signes distinctifs qui rappellent ou qu'on retrouve sur leurs propres emballages de médicaments de façon à stimuler l'association (Selon Glatter, Pfizer utilise un tigre). En outre, les cibles des campagnes de sensibilisation sont choisies parmi celles qui iront en consultation chez des médecins qui avaient précisément reçu la visite du délégué pharmaceutique de la firme (Glatter, 2004 ; Hallen and Jones, 2007).

Une étude de 2010 a étudié les différentes réactions aux DTCA en Nouvelle Zélande (seul pays avec les USA où le DTCA est autorisé) et le DAA en Australie (pays voisin où le DTCA est interdit). L'étude montre que très peu de différences existent entre ce qu'ont perçu les néo-zélandais et les australiens. Les deux populations voient ces activités comme éducatives plus

¹⁶ Disease Awareness Advertising

que promotionnelles (Hall, Jones & Hoek, 2010). La majorité des deux populations s'accordent également à dire que le DAA/le DTCA ne les aident pas à prendre de meilleures décisions à propos de leur santé. Par contre, on constate que la consommation de médicaments augmente après ces campagnes. Dès lors, la population ne le perçoit pas mais il y a eu un effet promotionnel.

Un autre rapport sur l'influence des firmes pharmaceutiques en Angleterre explique que le DAA a un objectif promotionnel qui fonctionne (House of Commons, 2005, p. 45). La littérature nous permet donc bien ici de conclure que les firmes pharmaceutiques ont, à travers le financement de campagnes de sensibilisation, une influence sur le comportement des patients.

3.4. Conclusion

Nous avons observé comment et pourquoi le patient est aujourd'hui de plus en plus impliqué dans la décision du traitement de sa maladie. Ce qui nous permet de comprendre pourquoi les entreprises pharmaceutiques ont un intérêt particulier à influencer le patient au même titre que le médecin.

Nous savons que la publicité directe pour un médicament disponible sous prescription est illégale en Europe. Cependant les différentes études nous montrent que, grâce à une bonne analyse du comportement du patient à la recherche d'informations, cette interdiction de DTCA peut être contournée par les firmes pharmaceutiques.

Tout en essayant de donner une image altruiste, informative et éducative plusieurs méthodes, comme la création et le financement de sites internet, le financement d'associations de patients et le financement de campagnes de sensibilisation, sont utilisées pour influencer, avec succès, le comportement du patient.

Partie E : Les médecins

Dans cette partie du travail, nous analyserons le comportement de recherche d'information du médecin à l'aide de nos interviews. Nous utiliserons ensuite ces informations et la littérature pour préciser l'influence des firmes pharmaceutiques sur les médecins.

Chapitre 1 : Comportement de prescription du médecin

1.1. Code déontologique

Outre les obligations légales décrites, les médecins doivent suivre un code déontologique strict qui influencera grandement leur comportement de prescription. Ces règles sont par définition applicables à tous les médecins.

"La déontologie médicale est l'ensemble des principes, des règles et des usages que tout médecin doit observer ou dont il doit s'inspirer dans l'exercice de sa profession. " (Code déontologique des médecins, Art. 1)

Le code contient cinq titres différents et 182 articles. Datant de 1975, il a un pouvoir juridique important et tente principalement de garantir un comportement sociétal éthique de la part des professionnels de la santé. Le médecin doit donner le traitement le plus approprié possible aux patient quel que soit ses convictions personnelles, ses avantages financiers, ses implications, etc.

Si plusieurs articles auront une influence sur le comportement des médecins, l'article 36 a un impact direct sur notre travail :

"Le médecin jouit de la liberté diagnostique et thérapeutique. Il s'interdira cependant de prescrire inutilement des examens ou des traitements onéreux ou d'exécuter des prestations superflues. Il s'interdira aussi de prescrire des traitements ou médicaments à la seule demande du patient, sans que l'état de ce dernier ne le justifie médicalement. "(Code déontologique des médecins, Art 36).

Nous remarquons que peu d'autre article touche directement aux contacts entre les médecins et les firmes pharmaceutiques.

1.2. Recherche d'informations

1.2.1. L'accréditation

La formation médicale du médecin ne suffit pas pour qu'il soit au courant des nouveautés en termes de molécule, de médicaments et de thérapies. Pour cette raison, en Belgique, ils ont une obligation légale de s'informer continuellement. Cela s'appelle le CME¹⁷ ou FMC en français¹⁸. Si chacun des pays de l'Union Européenne se base encore sur des réglementations propres pour l'éducation médicale continue, plusieurs organisme européens ont été créés pour harmonisés les législations. Nous notons notamment l'UEMS (European Union of Medical Specialist) qui tente d'améliorer les soins de santé des spécialistes en Europe et qui a créé l'EACCME (European accreditation Concil for Continuing Medical Education).

En Belgique ce principe se nomme l'accréditation et dépend de l'INAMI (plus précisément d'un sous-groupe appelé groupe de direction de l'accréditation). En plus de la formation médicale continue, il garantit le peer review et un nombre d'heures minimales d'activité de médecine par an (INAMI.be, s.d.). Le médecin reçoit des crédits lors de la participation à une activité formative. Notons quelques caractéristiques de l'accréditation :

- Les médecins doivent obtenir 20 crédits par an ;
- Trois de ces crédits doivent être dans le domaine de l'éthique médical ;
- Le médecin doit participer à deux sessions de « groupe d'évaluation médical¹⁹ ».

L'INAMI choisit donc à l'avance un certain nombre de formations qui seront reconnues pour accréditer et divulgue une liste de celles-ci (INAMI.be, s.d.)

¹⁷ Continuing Medical Education.

¹⁸ Formation Médicale Continue.

¹⁹ Réunion entre spécialiste dont l'objectif est de se tenir au courant des nouveautés.

Les firmes pharmaceutiques ont par le passé utilisé la FMC pour promouvoir leurs produits. D'une part, en finançant certaines formations, d'autre part, en offrant la participation et le voyage aux médecins y participant (Interview du Dr. Leroux, Annexe 6). Certaines de ces pratiques existent encore actuellement mais la législation a grandement évolué pour tenter de contrer l'influence qu'elles pouvaient avoir.

Notons également qu'aujourd'hui les médecins reçoivent des avantages financiers de l'INAMI lorsqu'ils participent à des formations: un forfait annuel leur est accordé. Ce forfait annuel leur permettra de rembourser une partie de leurs dépenses liées à l'accréditation (INAMI.fgov.be, s.d.).

Enfin, si les médecins s'informent également bien souvent sur la toile (Interview du Dr. de Hertog, Annexe 6), observons qu'il existe également des formations online accréditées par l'INAMI. Cela signifie qu'un médecin pourra avoir accès à des cours sans frais créée par des médecins pour des médecins sans aucune participation des firmes pharmaceutiques.

1.2.2. Les sources d'informations

Nous observons dans cette section, principalement grâce aux interviews faites de dix médecins, comment ceux-ci se tiennent informés de l'actualité médicale. Nous ne nous limitons pas aux formations accréditées par l'INAMI, l'objectif étant ici de connaître toutes les sources d'informations que les firmes pourraient utiliser pour influencer le comportement de prescription des médecins. Nous les listerons dans un premier temps avant d'utiliser la littérature pour analyser leur impact sur le médecin.

Dans le cadre de cette formation continue, les médecins participent donc souvent à des conférences. On remarque que la majorité de nos interviewés citent en effet les congrès et conférences en premier lieu comme source d'information fiable. Ainsi, chacun des dix médecins a cité les congrès et cinq d'entre eux ont été personnellement invités à donner une

conférence. Notons que ce sont les firmes pharmaceutiques qui les ont invités. Seuls les spécialistes en biochimie nous ont expliqué avoir été à un congrès à l'étranger. Le reste des médecins se limitaient à des congrès belges durant ces dernières années.

La deuxième source la plus citée parmi les médecins (neuf médecins sur les dix interrogés) concerne les magazines médicaux. Les médecins reçoivent en effet ces magazines même s'ils ne sont pas abonnés. Ils sont alors sélectionnés en fonction de leur spécialité. Notons que ces revues contiennent des articles scientifiques, des explications sur les nouveaux médicaments avec les tests cliniques, des publicités sur des médicaments, etc.

Si aucun médecin n'a cité les délégués pharmaceutiques (probablement parce que le sujet avait déjà été largement abordé avant), plusieurs ont justifié la nécessité du métier par l'information qu'ils apportent aux médecins. En effet, certains médecins nous ont expliqué ne pas avoir le temps de s'informer par eux-mêmes et avoir besoin des délégués pharmaceutiques pour connaître les nouveaux médicaments en vente.

Enfin d'autres techniques ont été citées plus occasionnellement. Parmi elles, nous notons internet, le bouche-à-oreille entre collègues et le feedback de patients.

Chapitre 2 : Communication destinée au médecin

2.1. Délégué pharmaceutique

Etudions la fonction de délégué pharmaceutique. Pour cela nous nous basons sur des fondements généraux, sur la littérature et sur différentes interview notamment celle de médecins et de délégués pharmaceutiques.

Le délégué pharmaceutique est un envoyé spécial ---- qui ira directement chez le médecin pour lui présenter un nouveau produit ou pour tenter de le convaincre de prescrire un ancien produit (Interview d'un délégué pharmaceutique anonyme, Annexe 6). En effet, les firmes pharmaceutiques connaissent, grâce à des données reçues par les pharmaciens et par l'IMS, les comportements de prescription des médecins.

Ainsi, le Dr. Moens nous a dit en interview *"Il essaie très souvent de nous inviter un restaurant, pour créer une relation."* La fonction première du visiteur médical selon la loi est d'apporter des informations nécessaires au médecin. Sa fonction pour la firme pharmaceutique est bien entendu la promotion de leur produit (Interview d'un délégué pharmaceutique anonyme, Annexe 6). Cette double fonction est bien connue des médecins. Certains interviewés annoncent ainsi que si c'est un de leur seul moyen de rester informés, ils savent qu'il ne faut pas les écouter comme l'évangile. *"Ils sont une de nos seule source d'informations constantes. On doit leur faire confiance jusqu'à un certain point. Mais on sait bien que c'est de la pub."* (Interview du Dr. Moens, Annexe 6)

Analysons grâce à nos interviews comment se déroule le métier de délégué pharmaceutique :

- Il verra entre 6 et 7 médecins par jours. Ces médecins lui seront accordés par zone géographique (Interview d'un visiteur médical anonyme, Annexe 6).
- Les entretiens durent entre 10 et 20 minutes et peuvent avoir lieu dans le cabinet médical du médecin ou au restaurant (Interview de médecins, Annexe 6).
- Il présente alors un nouveau produit ou tente de convaincre de la supériorité d'un ancien produit. Ils sont obligés de répondre aux questions du médecin (Pharma.be, s.d.).
- Il propose souvent des échantillons gratuits (Interview de médecin, Annexe 6)

Le visiteur médical qui est au courant des comportements de prescription du médecin, s'engage également à analyser les feedbacks de ceux-ci (et donc indirectement des patients) sur les produits de la société. Il doit également faire part des pratiques promotionnelles des entreprises pharmaceutiques concurrentes travaillant sur des médicaments similaires et faire un rapport sur la pénétration du marché de ces différents médicaments (Interview d'un visiteur médical anonyme, Annexe 6).

Un objectif non-officiel a été un sujet de conversation récurrent lors de nos discussions avec les médecins : le représentant d'une firme pharmaceutique tentera souvent de créer une

relation de longue durée, arriver à être proche du professionnel de la santé pour le convaincre plus facilement par la suite. Si cet objectif est connu de nos HCP²⁰, il ne semble pas moins efficace. Ahari présente les techniques des visiteurs médicaux pour arriver à cette relation de long terme dans « *Following the Script: How Drug Reps Make Friends and Influence Doctors* ».

Notons également qu'aucuns des médecins interviewés n'a dit vérifier les informations reçues par les délégués pharmaceutiques.

Nous remarquons ensuite que les visiteurs médicaux sont payés en fonction de leur prestation en tant que vendeur auprès des médecins. Plus précisément, ils reçoivent un bonus en fonction de l'augmentation du nombre de prescription pour les médicaments dont ils font la promotion dans leur région géographique (Interview d'un visiteur médical anonyme, Annexe 6). Ce détail a son importance : si légalement, ils n'apportent que de l'information au médecin, les visiteurs médicaux ont un intérêt personnel financier à ce que le médecin prescrive leur médicament. Ce mode de rémunération provoquera un conflit de valeur auprès du délégué pharmaceutique qui devra choisir entre une éthique médical vis-à-vis du patient sur lequel il aura un impact et un avantage financier personnel.

De nombreuse recherche ont été faite pour tenter d'observer l'effet des visiteurs médicaux sur le comportement du médecin :

- Gonul en 2001 montre, en utilisant un panel de médecins, que les visiteurs médicaux vont augmenter le nombre de prescription qu'un médecin fait pour le médicament qu'ils promotionnent (Gonul & al, 2001). Ce résultat est confirmé par différentes autres études (Campo & al, 2005 ; Manchanda & Chintagunda, 2004 ; Laat, Windmeijer & Douven, 2002)
- D'autres études montrent que cette influence sur le comportement de prescription est plus limitée : Mizik et Jacobson en 2004, Stremersch en 2013 ou encore Venketaraman et Stremersch en 2007.

²⁰ Health Care Proffessionnal

- Une étude de 2003 montre même que les délégués pharmaceutiques n'ont pas d'effet du tout (Rossenthal & al, 2003).

Ces discordances pourraient avoir plusieurs origines. En effet Venkataraman & Stremersch (2007) expliquent que les caractéristiques de la firme, du médicament et du médecin peuvent avoir un impact important sur ces résultats. Ainsi si l'objectif des firmes sera toujours de vendre leur produit, le marketing sera parfois plus agressif. On voit d'autre part que les visiteurs médicaux sont plus enclins à influencer le médecin pour des médicaments innovants ou sur un marché thérapeutique où les effets secondaires sont fréquents ou importants (Ding, 2014).

Les nouveaux médicaments étant les moins connus par les médecins, c'est au lancement de produit que les visiteurs médicaux ont le plus d'impact. Après cela, l'objectif des visiteurs médicaux sera de rappeler l'existence et l'effet du produit au médecin. On comprend dès lors que l'influence de ceux-ci sera moindre.

Nous voyons donc que l'influence d'un visiteur médical peut varier grandement en fonction de beaucoup de paramètres différents. Toutes les études concluent qu'il y a en effet une modification du comportement de prescription du médecin mais divergent sur l'ampleur de cette modification.

2.1. La distribution d'échantillon

La distribution d'échantillons gratuits, pratique courante de promotion de produits dans beaucoup de marchés, est rapidement devenue une technique de communication promotionnelle phare du marketing pharmaceutique. Ainsi, aux Etats-Unis, les entreprises ont donné l'équivalent de 18,4 milliard en échantillons gratuits uniquement sur 2005 (Dong, Li & Xie, 2014, pp 507).

Rappelons les limitations légales de l'échantillonnage :

- Seul un HCP peut recevoir un échantillon de médicament. Notons que cette

interdiction existe également aux USA.

- Les firmes ne peuvent offrir que 4 échantillons par an d'un même médicament à un même médecin. Les médecins ne peuvent en accepter que 600 par an, tous médicaments confondus.
- Le médecin doit théoriquement faire une demande écrite préalable pour recevoir un échantillon gratuit.
- La mention « échantillon gratuit » doit être inscrite sur l'emballage.

Le responsable de l'information thérapeutique d'une firme pharmaceutique à l'obligation légale de vérifier si ces règles sont bien respectées. Il utilise pour ça un système de numérotage des échantillons pour garder des informations sur les échantillons donnés. Ces informations seront ensuite contrôlées par l'agence fédérale des médicaments. Selon nos interviews, les obligations nécessaires pour le système de contrôle ne sont pas régulièrement remplies par les médecins.

Parlons ensuite de l'objectif des échantillons. Si l'augmentation de la vente est bien entendue la finalité voulue, l'objectif premier de la distribution d'échantillon est l'initiation au traitement (Dong, Li & Xie, 2014, pp 507). L'entreprise veut lancer le patient sur un certain type de traitement et espère que celui-ci ne change pas.

Un deuxième objectif est la réduction de l'incertitude auprès du médecin. Comme nous en avons discuté, les médecins sont plus enclins à utiliser de nouveau médicament à cause d'un manque d'informations quant à leurs utilisations. Le feedback des patients et les recommandations d'autres spécialistes réduisent cette incertitude face à de nouveaux médicaments. La fonction des échantillons est donc évidente et étonnement similaire aux autres marchés : encourager l'essai, espérer un feedback positif et favoriser le bouche-à-oreille. Vous trouverez ci-joint une liste des raisons qui poussent les compagnies pharmaceutiques à dépenser des millions en échantillons gratuits :

- *“To start therapy immediately*
- *To convince a patient to start therapy or to increase patient compliance*
- *To encourage a patient to come back for a follow-up visit*

- *To treat a medical problem that is of a limited nature (for short-term use)*
- *To test efficacy before filling a prescription*
- *To assess tolerability before filling a prescription*
- ...” (Sawaya, 2002).

L'échantillonnage va-t-il réellement avoir une influence sur le comportement de prescription du médecin ?

En 2002, Kaiser démontre que 92% des médecins acceptent de distribuer des échantillons gratuits si l'opportunité leur est présentée. Cette distribution serait le moyen le plus efficace de promouvoir un produit mais également le plus coûteux. (Amstrong & Kotler, 2009). En 2005, l'industrie pharmaceutique américaine a payé plus pour donner des échantillons que tous les autres moyens de communication marketing réunis (Dong, Li & Xie, 2014, pp 507).

Plusieurs études effectuées dans différents hôpitaux à travers le monde ont démontré que la méthode avait en effet un impact sur le médecin. Ainsi en 2006, une étude faite dans 23 hôpitaux montre que si des médecins distribuent des échantillons gratuits à leurs patients, ils sont plus enclins à prescrire ces mêmes médicaments pour continuer le traitement (ou à de nouveaux patients souffrant de symptômes similaires). Pour cela, les chercheurs ont fait un suivi des prescriptions de 25 médicaments (ce qui correspond à une partie importante du nombre total de médicament prescrit par un hôpital). Deux données importantes ressortent de cette enquête : d'une part, le seul hôpital redistribuant effectivement des échantillons gratuits avait le coût de prescription le plus élevé. D'autre part, les médecins de cet hôpital sont significativement plus enclins à prescrire les marques de médicaments dont ils distribuent les échantillons (Symm & al, 2006).

La technique a donc bel et bien une influence positive sur le comportement de prescription des médecins. Elle a une tendance à avoir un profit marginal décroissant : une augmentation du nombre d'échantillons n'augmentera pas autant le nombre de prescription pour la marque (Gönül & al, 2001).

En 2004, Mizik et Jacobson font une étude sur près de 70 milles professionnels du secteur de la santé. Ils démontrent également une influence positive entre échantillon et prescription. --
 --L'effet serait, selon eux, moins important que ce qui aurait été démontré précédemment.

D'autres effets de l'échantillonnage sont à noter : un effet positif sur l'attitude d'un médecin envers l'essai de nouveaux traitements (Michanda & al 2008) et une facilité à se rappeler du nom du médicament en question (Montoya, 2010).

Cette distribution n'est pas sans risque. Outre les coûts importants que nous avons soulignés ci-dessus, elle peut entraîner une cannibalisation importante. En effet, des médecins qui auraient pu prescrire le médicament préféreront distribuer les échantillons gratuits qui leur sont disponibles en premier lieu. Ainsi, pour certains types de médicaments, on remarque que le nombre de prescriptions augmente lors de l'arrêt de distribution d'échantillon gratuit ce qui s'expliquerait par la cannibalisation (Boltri, Gordon & Vogel, 2001).

Notons deux réactions intéressantes observées lors de questions posées sur les échantillons lors de nos interviews :

- plusieurs médecins n'utilisaient les échantillons que pour des proches et n'en distribuaient pas à leurs patients. Ils les prenaient donc pour avoir une certaine dose de médicament gratuit sans effort.
- Un visiteur médical anonyme nous a également révélé que les échantillons pouvaient être des boîtes complètes avant que la législation ne change. L'objectif étant de permettre au patient de prendre directement le médicament sans devoir attendre de se rendre à la pharmacie. Malheureusement, les entreprises pharmaceutiques ont remarqué que, comme dans nos interviews, beaucoup de médecins les gardaient pour leur famille et leurs proches.

2.3. Congrès et conférence

L'influence de l'industrie pharmaceutique sur les congrès et conférences n'est un secret pour

aucun médecin. Si celle-ci invite les médecins directement aux événements, elle leur propose également souvent de les payer lors qu'ils présentent une conférence pour ajouter un mot sur les médicaments qu'elle fabrique. Ainsi le docteur Kessler nous explique lors de son interview : « *les firmes cherchent des orateurs, ce que j'accepte volontiers, surtout pour faire des discours aux généralistes. Mais je n'accepte jamais d'honoraires ce qui me permet d'être parfaitement libre. Je fais d'ailleurs mes propres dias, je ne me laisse (plus) jamais imposer. Il y a un gros problème avec les universitaires qui acceptent souvent des honoraires. J'ai des notions des budgets c'est très tristes. Ils se font payer grassement et acceptent de mettre tout ce que la firme veut. C'est assez connu comme problème.* » (Interview du Dr. Kessler, Annexe 6).

L'interview d'un visiteur médical nous dévoile que les firmes pharmaceutiques ont également des profils de médecins grâce auxquels elles déterminent des leaders d'opinion pour maximiser l'influence des orateurs sélectionnés (Interview d'un visiteur médical anonyme, Annexe 6).

A ce sujet, notons ce discours d'une responsable de délégués pharmaceutiques aux USA : « *"KOL were salespeople for us, and we would routinely measure the return on our investment, by tracking prescriptions before and after their presentations. If that speaker didn't make the impact the company was looking for, then you wouldn't invite them back"* » (Kimberly Elliott, Moynihan, 2008).

Outre ces discours préformatés, les congrès sont des opportunités promotionnelles en or pour les firmes : tous les médecins d'une même spécialité qui peuvent prescrire le médicament fabriqué, attentif aux informations qu'ils perçoivent. Ainsi, le Dr. Kalantri écrit dans un article de 2004 « *One can smell, see and feel the drug industry everywhere, advertising on the walls, shaping the contents and style of educational programmes, tempting with gifts and free lunches, travel and other hospitalities.* » (Kalantri, 2004). Les organisateurs de conférences médicales expliquent qu'ils n'ont pas d'autre choix que de demander un financement de la part des firmes pharmaceutiques (Kalantri, 2004)

Comme expliqué, l'objectif partiellement promotionnel des conférences n'est pas masqué : des stands achetés par des firmes présentent aux médecins les nouveautés en termes de médicaments. Deux de nos interviewés ont expliqué que c'était là une de leur première source d'informations.

Outre le fait que les conférences et les orateurs sont financés par les firmes pharmaceutiques, les places des médecins sont également achetées par l'industrie. Ainsi une étude effectuée en 2003 montre qu'environ la moitié des participations à des conférences sont payées par les entreprises de médicament et que seul 20% était financée par le médecin lui-même. L'étude montre également qu'un tiers de ces événements n'auraient pas de participants sans l'aide financière des sociétés. Parmi les médecins acceptant ce financement, seul 40% d'entre eux envisagent le conflit de valeur engendré. Les 60% restant pense que l'industrie n'a pas d'influence sur leur comportement de prescription (Rutledge, 2003).

Cette tendance est suivie dans nos interviews : tous ont admis avoir été à des conférences sous les frais des firmes pharmaceutiques mais ils ont également annoncé que cela n'influencerait pas leur comportement de prescription.

Enfin, une étude de 1993 sur les différentes interactions entre l'industrie du médicament et les médecins montrent clairement que les firmes pharmaceutiques ont une influence sur les médecins à travers le financement de conférences sur le domaine médical (Lexchin, 1993).

Nous comprenons donc que les événements de la FMC qui oblige les médecins à rester informés des nouveautés médicales et qui sont sous le contrôle de l'INAMI, sont également grandement et ouvertement influencés par les firmes des médicaments. Rappelons également que ces conférences sont, d'après nos interviews, la source prioritaire d'information des médecins.

2.4. Magazine et publication

Comme nous l'avons vu, les médecins interrogés s'informent beaucoup en s'abonnant (ou en recevant automatiquement) à des magazines médicaux. Malheureusement, une fois encore,

nos recherches montrent que beaucoup sont sponsorisés par les firmes pharmaceutiques. Ainsi un de nos médecins a annoncé que l'impact le plus important du marketing pharmaceutique venait des études qu'ils financent : *« Elles ont juste une influence plus importante pour les études importantes qu'elles font. En effet, il n'y aujourd'hui que les firmes pharmaceutiques qui ont le budget pour effectuer des études pareils. Et on sait qu'il ne montre pas toujours tous les résultats. »* (Interview du Dr. Kessler, Annexe 6). Nous observerons donc dans cette section comment et à quel niveau les firmes pharmaceutiques influencent le contenu des magazines médicaux et des publications scientifiques.

Premièrement, parlons du financement des études médicales par les firmes pharmaceutiques. Notons que le problème ressemble fortement au dilemme apporté par le marketing pharmaceutique : nous avons besoin de nouvelles études dans le domaine médicale pour faire avancer la médecine mais le fait d'être financé par les firmes pharmaceutiques peut biaiser les résultats. Le fait que les études soient financées par les firmes étant d'ordre public (Rehman, 2012).

Nous pouvons nous demander donc si les résultats sont biaisés. Remarquons avant ça que les firmes utilisent souvent les tests cliniques de phase IV contrôlé par leur soin comme des études à objectif promotionnel. Ainsi, 75% des phases IV ne sont faites qu'avec le but de convaincre des médecins de prescrire les médicaments testés (Glass, 2003).

En 2006, Torres et Ridker ont observé les études faites durant la phase clinique d'un nouveau médicament cardiovasculaire. Ils ont comparé les résultats des études financées par des firmes pharmaceutiques par rapport aux études indépendantes de l'influence de l'industrie : 69,5% des études financées par les firmes recommandaient le nouveau médicament alors que seulement 39,5% des études indépendantes suivaient cette tendance (Torres & Ridker, 2006).

Une autre étude de 2003 montre que les résultats des études financées par les firmes vont plus souvent favoriser le produit vendu par le sponsor. Les deux justifications de cette différence étant des biais de publication et des comparateurs inadéquats pour tester le

médicament (Lexchin & al, 2003).

Remarquons que Lexchin a également prouvé en 1993 que les magazines et les publications médicales ont bel et bien une influence sur le comportement de prescription des médecins.

Nous n'avons parlé pour l'instant que des résultats des recherches financées par les firmes. Celles-ci font également de la publicité dans ces magazines médicaux. Ainsi 95 à 99% des revenus publicitaires des magazines médicaux viennent des firmes pharmaceutiques (Washington, 2011).

Richard Smith, un ancien éditeur du British Journal of Medicine a expliqué : « *Every journals are bough – or at least cleverly used- by the pharmaceutical industry* ».

Notons que la sélection des résultats/articles peut se faire à deux niveaux : l'étude peut être financée par la firme et dans ce cas certains résultats peuvent ne pas être montrés ou le magazine peut être partiellement financé par les firmes et dans ce cas les articles négatifs pour le médicament peuvent ne pas être publiés.

Des exemples concrets peuvent être observés : lors de la publication d'études cliniques sur les antidépresseurs, 38 essais étaient favorables au nouveau médicament alors que 36 lui étaient défavorables. Pourtant, 36 articles positifs ont été publiés alors qu'uniquement 8 articles négatifs ont jouit de publication (Turner & al, 2008).

Terminons par observer que certaines revues médicales ont été entièrement créées par les firmes pharmaceutiques. Comme exemple, nous pouvons citer « Merck » ou « L'Australasian of Joints and Bones Medicine » (Gagnon, 2011).

Nous en concluons que les magazines sont encore une fois une source d'information utilisée par les médecins mais fortement contrôlée par l'industrie du médicament, aussi bien au niveau de ses sources de financement que de son contenu.

2.4. Conclusion

Nous remarquons donc que toutes les sources d'informations listées durant nos interviews sont prises en compte dans la stratégie marketing des grandes firmes pharmaceutiques. La littérature démontre non seulement que les entreprises de médicaments utilisent les conférences, les congrès, les magazines, les études médicales et l'échantillonnage pour convaincre les médecins, et montre également que leur effort ne sont pas vains puisque les médecins sont bien influencés.

Cela signifie que même un médecin qui souhaite rester éthiquement responsable devra sélectionner très attentivement ses sources d'information sur l'actualité médicale.

Partie F : Impact économique et médical et solutions envisageables

Nous aborderons les deux questions suivantes et tenteront d'y répondre grâce à la littérature : quel sera l'impact de l'influence des firmes pharmaceutiques sur l'économie et sur la santé ? Quelles solutions sont envisageables pour réduire cette influence sans décourager l'innovation médicale ?

Chapitre 1 : Impact économique et médical

Premièrement, parlons de l'impact économique pour la société. Comme nous l'avons expliqué, si le médecin, le patient et le pharmacien subissent l'influence d'une firme pharmaceutique, le médicament prescrit ne sera pas toujours le moins cher. Augmentant d'une part le ticket modérateur payé par le patient mais également les dépenses de la mutuelle et donc les taxes payées par tous les citoyens. Si les chiffres exactes sont très compliqués à estimer, Dirk van Duppen calcule, dans son livre « La guerre des médicaments » que l'INAMI gagnerait environ 1,5 milliard d'Euro si les médicaments les plus efficaces et les moins cher étaient toujours prescrits (van Duppen, 2005).

L'impact économique global étant difficile à analyser, nous observons des cas concrets d'abus marketing par les firmes pharmaceutiques.

- Genentech avait développé un médicament contre la dégénérescence maculaire coûtant entre vingt et soixante dollar par mois, l'Avastin. Ils ont refusé de recevoir une AMM pour continuer de produire un dérivé plus cher, le Lucentis, vendu 2000 dollar par mois (Noonan, 2007)
- Eli Lilly, qui avait innové avec la création du Prozac, a développé, lors de la fin du brevet de cette molécule, un générique de son propre médicament. En bénéficiant d'un gros budget marketing, ce générique (similaire en tout point excepté la couleur) se vend trois fois plus cher que le médicament original (Gagnon, 2009). Une

augmentation des prix lors de la fin d'un brevet et une stratégie commune qui joue sur l'heuristique, le renom et l'intensité du marketing pour garder une part de marché, prouvant que le prix n'est pas assez pris en compte par les médecins.

- Deux autres médicaments, le Zetia et le Vytorin, se vendaient pour réduire les risques de problèmes de cœur (principalement d'arrêt cardiaque). Malgré ça, il a été prouvé que les tests cliniques de ces médicaments n'ont jamais montré une influence sur le système cardiaque. Le médicament a été vendu à deux milliard d'unités avant que la fraude ne soit rendue publique (Medicalconsumer.org, 2012).

Ce dernier exemple montre un impact économique et médical. D'autres exemples d'impact négatifs médicaux existent : comme nous l'avons expliqué, les tests cliniques de phase IV sont souvent utilisés à des fins promotionnelles, réduisant la qualité scientifique de ceux-ci (Gagnon, 2009)

- En 2002, Allhat montre dans une étude que les antihypertenseurs de nouvelle génération, prescrits presque automatiquement à travers le monde par les médecins, sont en fait moins efficaces que la génération précédente (ALLHAT, 2002). Notons que ces médicaments ont un impact vital, agissant sur des maladies mortelles (!). La génération précédente était vendue à un dixième du prix.

Le marketing est donc parvenu à ce que des médecins prescrivent un médicament moins efficace et dix fois plus cher contre une maladie mortelle pendant des années, ceux-ci n'ayant aucune source d'information totalement fiable. Pollack a démontré que, depuis l'article d'Allhat, les comportements de prescription sur ces antihypertenseurs n'ont pas changé. L'industrie pharmaceutique a convaincu les médecins à coup de budget marketing et de leader d'opinion (Pollack, 2008).

L'exemple des pilules contraceptives suivaient exactement le même cheminement que l'exemple précédent : les nouvelles générations, mondialement reconnue comme plus

efficace, était plus dangereuse que les anciennes générations. Les antipsychotiques et les antidépresseurs subissent le même sort (Jones & al., 2006 ; Heiley, 2008 ; Jureidini, 2009 ; Spielmans, 2009).

Si des estimations précises de l'impact des firmes sur l'économie et la santé semblent compliquées à obtenir, les exemples concrets d'abus marketing ayant un impact négatif ne manquent pas. Ces exemples prouvent que la nature même des firmes pharmaceutiques engendre un conflit de valeur : la stabilité financière d'une part et la santé des patients d'autre part.

Notons que si nous nous limitons à l'influence négative du marketing, les firmes pharmaceutiques en tant que tel ont également un impact positif substantiel sur le secteur médical : elles sont les principaux agents de l'innovation et de la découverte (Laat, Windmeijer & Douven, 2002).

Chapitre 2 : Les solutions envisageables

Nous présentons ici deux solutions envisageables au problème du marketing des firmes pharmaceutiques : la méthode Kiwi d'une part, et la méthode du tierce partis d'autre part.

La méthode Kiwi est inspirée de la politique gouvernementale en matière de médicament en Nouvelle-Zélande. Cette méthode est également appliquée au Canada et dans certains Etats américains. Le principe est le suivant : l'état fait un appel d'offre pour un médicament et les firmes pharmaceutiques proposent des prix. Le médicament le moins cher sera alors remboursé par la mutuelle (van Duppen, 2005). C'est donc une enchère descendante qui permet de forcer une compétitivité de prix entre les firmes pharmaceutiques. Notons que cette méthode est parfois appliquée dans les pharmacies hospitalières (Interview du Dr. Moens, Annexe 6).

La méthode de la tierce partie indépendante existe déjà en Belgique et a été développée par pharmaka, une ASBL néerlandophone. Les bénévoles de Pharmaka ont pour mission de présenter les nouveaux médicaments aux médecins sur base d'études cliniques

indépendantes des firmes pharmaceutiques. Ce sont des visiteurs médicaux indépendants. Ils n'ont donc pas le même conflit de valeur que les délégués pharmaceutiques classiques et peuvent présenter aux médecins une information scientifique de qualité (Thijssen, 2012).

Conclusion

Depuis plusieurs années, une évolution légale agressive, poussée par une prise de conscience des masses, tente de rendre le secteur pharmaceutique plus éthique et plus transparent. L'objectif principal étant de vouloir informer les médecins sans les influencer. La nature même d'un plan de communication marketing n'est-il pas en contradiction avec cet objectif ?

Nous nous sommes posé les trois questions suivantes :

- Quelles sont les méthodes de communication marketing utilisées par les firmes pharmaceutiques ?
- Ces méthodes ont-elles une influence sur le comportement de prescription des médecins ?
- Cette influence a-t-elle un impact positif ou négatif sur l'économie et la santé en Belgique ?

Nous avons premièrement observé que la cible, le channel et le contenu des communications dépendront du type de marché thérapeutique en question. Ainsi, les firmes pharmaceutiques seront plus enclin à

- cibler les patients sur le marché de l'OTC, et le médecin sur le marché avec prescription.
- Utiliser des arguments sur la qualité sur le marché sous brevet et des arguments financiers sur le marché des génériques.
- Utiliser des techniques de communications différentes selon le marché thérapeutique en question

Nous avons ensuite analysé les normes auxquelles ces firmes doivent se soumettre. Ces normes peuvent être légale ou dépendre d'un code déontologique. La politique de remboursement des médicaments en Belgique a été étudiée. Nous avons également déterminé les données dont disposent les firmes pharmaceutiques sur leur produit et sur les différents acteurs grâce aux interviews de visiteurs médicaux. Nous en avons conclu

- que la législation a subi une évolution restrictive sur les méthodes d'influence des

médecins et des patients depuis 15 ans.

- Que la politique de remboursement encourage à une consommation de médicament moins chère, même si, le médecin n'est que très peu affecté par ces politiques.
- Que les firmes doivent se soumettre à plusieurs codes déontologiques mais que ceux-ci ne diffèrent que très peu des législations en vigueur.
- Que les firmes justifient la nécessité du marketing par l'innovation médicale qu'elles apportent.
- Que le secteur pharmaceutique belge est en croissance constante.
- Que les firmes disposent d'information spécifique sur le comportement de prescription des médecins.

Nous avons ensuite compris que le patient a aujourd'hui un rôle important à jouer dans le processus de prise de décision d'un médicament. Pour cette raison, nous avons envisagé le fait que les firmes doivent intégrer celui-ci dans leur plan de communication. Nous avons donc déterminé grâce aux interviews de dix médecins, les sources d'informations dont disposent les patients avant d'utiliser la littérature pour comprendre l'influence des firmes pharmaceutiques sur ces sources d'informations. Nous en avons conclu que

- Les firmes utilisent le patient pour influencer le comportement de prescription du médecin.
- Les patients s'informent sérieusement sur internet et les firmes contrôlent une partie importante des sites à caractère médicaux. L'information qu'ils y trouvent influence réellement leurs attitudes envers un médicament.
- Les firmes influencent également les patients à travers les campagnes de sensibilisations. Nous n'avons pas pu prouver l'influence des firmes à travers le financement d'association de patient.

Nous nous sommes ensuite penchés sur les médecins. En utilisant encore une fois les interviews, nous avons déterminé comment ceux-ci restent à jour dans l'actualité. Nous avons donc observé grâce à la littérature l'influence que les firmes avaient sur chacune de ces méthodes. Nous en concluons que

- Les médecins se tiennent au courant de l'actualité médicale grâce aux congrès, aux

conférences, aux revues médicales et aux entretiens avec des visiteurs médicaux.

- Les firmes pharmaceutiques ont une influence réelle sur toutes ces sources d'informations, privant le médecin d'information entièrement neutre. Ils financent entre autre les études médicales, biaisant certains résultats. Ils payent les orateurs des congrès médicaux pour promouvoir leurs produits. Ils sponsorisent également les revues scientifiques.
- Les firmes ont également une influence considérable sur les médecins à travers la distribution d'échantillon gratuit.

Enfin, nous avons grâce à l'analyse de cas concrets observé quel impact ces influences peuvent avoir sur notre économie et sur la santé de certain patient.

- Le marketing pharmaceutique a un impact négatif réel sur l'économie sociale et sur la santé des patients. Une estimation de l'impact économique en Belgique s'élève à 1,5 milliard d'Euro.
- Des solutions sont envisageables notamment la méthode Kiwi et la méthode de la tierce partie.

Dans ce travail, nous n'avons pas analysé

- Le pharmacien, son rôle dans le choix d'un médicament et les techniques utilisées par les firmes pharmaceutiques pour l'influencer.
- Les hôpitaux et les choix des médicaments disponibles dans les pharmacies hospitalières.

Bibliographie

AFMPS. (s.d.). *Médicaments génériques ou médicaments originaux : aucune différence pour votre santé*. En ligne : <http://www.unmedicamentnestpasunbonbon.be/fr/generic>. (Consulté le 21/06/2015)

ALLHAT, (2002). Major Outcomes in High-Risk Hypertensive Patients Randomized to Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor or Calcium Channel Blocker vs Diuretic : The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial. *The Journal of American Medical Association*, 288(23), 2981-2997.

Andreassen, H.K., Bujnowska-Fedak, M.M., Chronaki, C.E., Dumitru, R.C., Pudule, I. & Santana, S. (2007). European citizens' use of E-health services: A study of seven countries. *BMC Public Health*. 7(53).

Angel, M. (2004). *The truth about drug companies : How do they deceive us and what to do about it*. Paperback.

Armstrong, G.M. & Kotler, P. (2009). *Marketing, an introduction*. 10th edn. Upper Saddle River : Prentice Hall.

Baggott, R. & Forster, R. (2008). Health consumer and patients' organizations in Europe, *Health Expectations*. 11(1). 85–94.

Baggott, R., Allsop, J. & Jones, K. (2005). *Speaking for Patients and Carers*. Basingstoke: Palgrave.

Ball, D., Tisocki, K. and Herxheimer, A. (2006) Advertising and disclosure of funding on patient organisation websites, *BMC Public Health*, 6, 201.

Beisecker, A.E. (1990). Patients information seeking behaviors while communicating with doctors. *Medical Care*. 28(1). 19-28.

Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of American Medical Association*. 288(19). 2469–2475.

Boltri, J.M., Gordon, E.R. & Vogel, R.L. (2002). Effect of antihypertensive samples on physician prescribing patterns. *Family Medicines*. 34. 729–731.

British Medical Journal. (2007). *Should patient groups accept money from drug companies?* En ligne : <http://resources.bmj.com/bmj/interactive/polls/accept-money-poll>. (Consulté le 24/06/2015).

Business.belgium.be. (s.d.). *Secteur pharmaceutique*. En ligne : http://business.belgium.be/fr/investir_en_belgique/secteurs_cles/pharmaceutique/. (Consulté le 12/06/2015).

Cabral, L. (2000). Stretching Firm and Brand Reputation. *The RAND Journal of Economics*. 31 (4). 658–673.

Camacho, N. (2014). Patient Empowerment: Consequences for Pharmaceutical Marketing and for the Patient–Physician Relationship. In Ding, M., Eliasbergh, J., & Stremersch, S. (Eds.) *Innovation and marketing in the pharmaceutical industry : emerging practice, research, and policies* (pp. 425-456). Philadelphia : Springer.

Camacho, N., Landsman, V. & Stremersch, S. (2010). The connected patient. In Wuyts, S., Dekimpe, M.G., Gijsbrechts, E. & Pieters, R. (Eds.) *The connected customer: the changing nature of consumer and business markets* (pp. 107-140). New-York : Routledge Academic.

Campo, K. & al. (2005). Physicians' decision process for drug prescription and the impact of pharmaceutical marketing mix instruments. *Health Marketing Q.* 22(4). 73-107.

Chan, T. & Hamilton, B. (2006). Learning, private information and the economic evaluation of randomized experiments. *Journal of Political Economy*. 115(6). 997–1040.

Chan, T. (2014). Evaluating the impact of treatment effectiveness and side effect in prescribing choices. In Ding, M., Eliasbergh, J., & Stremersch, S. (Eds.) *Innovation and*

marketing in the pharmaceutical industry : emerging practice, research, and policies (pp. 171-189). Philadelphia : Springer.

Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. & O'Brien, M.A. (2006). Cultural influences on the physician-patient encounter: the case of shared treatment decision-making. *Patient Education and Counseling*. 63. 262–267.

Ching, A. (2010). Consumer learning and heterogeneity : dynamics of demand for prescription drugs after patent expiration. *International Journal of Industrial Organisation*. 28(6). 619–638.

Collectif Forindep. (2015). *Décryptage d'une campagne publicitaire déguisée*. En ligne : <http://www.forindep.org/Decryptage-d-une-campagne.html>. (Consulté le 12/07/2015).

Crawford, G. & Shum, M. (2005). Uncertainty and learning in pharmaceutical demand. *Econometrica*. 73. 1137–1174.

Darpy, D. & Volle, P. (2007). *Comportement du consommateur*. Dunod.

Davis, J.J., Cross, E. & Corwley, J. (2007). Pharmaceutical websites and the communication of risk information. *Journal of Health Commun*. 12(1). 29-39.

De Pelsmacker, P., Geuens, M. & Van Den Bergh, J. (2013). *Marketing communications : a european perspective*. Harlow : Pearson.

DiMasi, J., Hansen, R. & Grabowski, H. (2003). The price of innovation: new estimates of drug development costs. *Journal of Health Economics*. 22. 151–185.

Ding, M. & Eliashberg, J. (2008). A dynamic competitive forecasting model incorporating dyadic decision making. *Management Science*. 54(4). 820–834.

Ding, M. (2014). The Pharmaceutical Industry: Specificity. In Ding, M., Eliashberg, J., & Stremersch, S. (Eds.) *Innovation and marketing in the pharmaceutical industry : emerging practice, research, and policies* (pp. 1-19). Philadelphia : Springer.

Ding, M. & Eliashberg J. (2008). **A Dynamic Competitive Forecasting Model Incorporating Dyadic Decision-Making**. *Management Science*, 54 (4), 820 – 834.

Dong, X., Li, M. & Xie, Y. (2014). Understanding Sample Usage and Sampling as a Promotion Tool: State of Industry Practice and Current Research. In Ding, M., Eliasbergh, J., & Stremersch, S. (Eds.) *Innovation and marketing in the pharmaceutical industry : emerging practice, research, and policies* (pp. 507-531). Philadelphia : Springer.

Dorfman, R. & Steiner, P .O. (1954). Optimal advertising and optimal quality. *American Economic Review*. 44(12). 826–836.

Ec.europa.eu. (2014). *Information to patient – Legislative Approach*. En ligne : http://ec.europa.eu/health/human-use/information-to-patient/legislative-developments_en.htm. (Consulté le 14/06/2015).

Ema.europa.eu. (s.d.). European Medicines Agency. En ligne : <http://www.ema.europa.eu/ema/>. (Consulté le 12/06/2015).

ERNST & YOUNG, (2011). Pharmaceutical Marketing : Ethical and responsible conduct, *A survey on effectiveness of the guidelines*. En ligne : [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Pharmareport/\\$FILE/Pharmareport.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Pharmareport/$FILE/Pharmareport.pdf). (Consulté le 30/06/2015).

Euroactiv. (2009). *EU balancing competition with innovation in pharmaceutical sector*. En Ligne : <http://www.euractiv.com/health/eu-balancing-competition-innovat-news-223156>. (Consulté le 21/06/2015).

Fagg-afmps.be. (s.d.). *Your medicine and health product, our concerns*. En ligne : <http://www.fagg-afmps.be/en/>. (Consulté le 20/06/2015).

Ferguson, T. & Frydman, G. (2004). The first generation of e-patients : these new medical colleagues could provide sustainable healthcare solutions. *British Medical Journal*. 328(7449). 1148–1149.

Fortune 500. (2002). Pharmaceutical rank as most profitable industry. Again. *Fortune 500*. En ligne : http://www.citizen.org/documents/fortune500_2002erport.PDF. (Consulté le 06/06/2015).

Frost & Sullivan. (2005). *Pharmaceutical direct to consumer advertising in Europe*. En ligne : <http://www.pharmafield.co.uk/features/2005/12/Pharmaceutical-direct-to-consumer-advertising-in-Europe>. (Consulté le 14/06/2015).

Fugh-Berman, A. & Ahari, S. (2007). Following the Script: How Drug Reps Make Friends and Influence Doctors. *PLoS Med.* 4(4). 150.

Gagnon, M.A. (2008). *Le modèle d'affaires de la pharmacie: Des profits fondés sur le contrôle du savoir médical*. En ligne : <http://healthyskepticism.org/files/share/Gagnon2009.pdf>. (Consulté le 17/06/2015).

Gagnon, M.A. (2009). *The Nature of Capital in the Knowledge-Based Economy; The Case of the Global Pharmaceutical Industry*. Doctoral Dissertation in Political Science: York University.

Gilbody, S., Wilson, P. & Watt, I. (2005). Benefits and harm of direct to consumer advertising : a systematic review. *British Medical Journal Quality and Safety*. 14(4). 246-250.

Glass, H. (2003). Physician Participation in Market Support Clinical Studies and Subsequent Prescribing Behavior. *Journal of Pharmaceutical Marketing & Management*. 15(4). 3-16.

Glatte, D., Allen, S. & Jones, J. (2010). Direct to consumer advertising versus disease awareness advertising : Consumer perspectives from down under. *Journal of Public Affair*. 11(1). 60-69.

Gonul, F., Carter, F., Petrova, E. & Srinivasan, K. (2001). Promotion of prescription drugs and its impact on physicians' choice behavior. *Journal of Marketing*. 65. 79–90.

Gönül, F.F., Carter, F., Petrova, E. & Srinivasan, K. (2001). Promotion of prescription drugs and its impact on physician's choice behavior. *Journal of Marketing*. 65(3). 79–90.

Grabowski, H. & Vernon, J. (1992). Brand loyalty, entry, and price competition in pharmaceuticals after the 1984 Drug Act. *Journal of Law and Economics*. 35(2). 331–350.

Griliches, Z. & Cockburn, L. (1994). Generics and New Goods in Pharmaceutical Price Indexes. *American Economic Review*. 84(5), 1213-32.

GSK. (2013). *Corporate Social Responsibility report 2013*. En ligne : <http://www.gsk.com/media/325170/cr-report-2013.pdf>. (Consulté le 09/06/2015).

Healy, D. (2008). *A short history of bipolar disorder*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Holmer, A.F. (1999). Direct-to-consumer prescription drug advertising builds bridges between patients and physicians. *Journal of American Medical Association*. 281(4). 380–382.

Hudson, J. (2000). Generic take-up in the pharmaceutical market following patent expiry: a multicountry study. *International Review Law and Economics*. 20. 205–221.

Ilyuk, V. (2014). Efficacy expectations and adherence : evidence of consumer biases and heuristic in the pharmaceutical market. In Ding, M., Eliasbergh, J., & Stremersch, S. (Eds.) *Innovation and marketing in the pharmaceutical industry : emerging practice, research, and policies* (pp. 315-345). Philadelphia : Springer.

INAMI. (2014). *Prescrire en DCI : Règle pour le pharmacien qui exécute la prescription*. En ligne : www.inami.fgov.be. (Consulté le 20/06/2015).

INAMI.fgov.be. (s.d.). *Insitut national d'assurance maladie-invalidité*. En ligne : <http://www.inami.fgov.be/fr/Pages/default.aspx>. (Consulté le 17/06/2015).

Ipsos marketing. (2007). Power and resonance in pharmaceutical branding. En ligne : http://www.ipsos.com/marketing/sites/www.ipsos.com.marketing/files/pdf/Ipsos_POV_PowerandResonanceinPharmaceuticalBranding.pdf. (Consulté le 18/06/2015).

Jack, A. (2011). Medicine approvals slump to lowest in decade. *Financial Times*. En ligne : <http://www.ft.com/cms/s/0/44fa110a-a014-11e0-a115-00144feabdc0.html#axzz2WdmFAyxSJ>. (Consulté le 12/06/2015).

Jassenpharmaceutica.be. (2015) *Site de Janssen pharmaceutica*. En ligne : <http://www.janssenbelgium.be/>. (Consulté le 09/06/2015).

Jones, K. (2008). In whose interest? Relationship between health consumer group and pharmaceutical company in the UK. *Sociology of health and illness*. 30(6). 929-943.

Jones, K., Baggott, R. & Allsop, J. (2004). Influencing the national policy process: the role of health consumer groups. *Health Exepct*. 7(1). 18-28.

Kalantri, S.P. (2004). Drug industry and medical conference. *India J. anaesth*. 48(1). 28-30.

Kavanos & al. (2011). *Differences in cost of and access of pharmaceutical product in the EU*.

King, M.T., Hall, J., Lancsar, E., Fiebig, D., Hossain, I., Louviere, J., Reddel, H.K. & Jenkins, C.R. (2007). Patient preferences for managing asthma : results from a discrete choice experiment. *Health Economics*. 16(7). 703–717.

Kmietowicz, Z. (2003). New Zealand GPs called for end of direct consumer advertising. *British Medical Journal*. 326(7202). 1284.

Krings, G., Leroy, L., & Laperche, J. (2008). Médecin sous influence, enquête sur les relations entre les médecins hospitaliers et les firmes pharmaceutiques. *Santé conjugée*, 44, 17-31.

Laat, E., Windmeijer, F. & Douven, R. (2002). *How does pharmaceutical marketing influence doctor's prescribing behavior*. The Hague : Centraal Planbureau.

Le monde diplomatique. (2015). *Les dessous de l'industrie pharmaceutique*. En ligne : <http://www.fdesouche.com/611031-les-dessous-de-lindustrie-pharmaceutique>. (Consulté le 12/06/2015).

Le soir. (2014). *Voici ce qui a changé le premier janvier 2015*. En ligne : <http://www.lesoir.be/743898/article/actualite/belgique/2014-12-27/voici-tout-ce-qui-change-1er-janvier-2015>. (Consulté le 14/06/2015).

Lexchin, J. & al. (2003). Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *British Medical Journal*. 326(7400). 1167-70.

Lexchin, J. (1993). Interactions between physicians and the pharmaceutical industry: what does the literature say? *CMAJ*. 149(10). 1401-1407.

Loi du 25 Mars 1964 sur les médicaments, Moniteur belge, 17/04/1964.

Lutte, I. (2009). *Le médicament : de sa prescription à sa consommation. Un nouvel enjeu de responsabilité*. En ligne : www.droitbelge.be. (Consulté le 15/06/2015).

Magazzini, L., Pammolli, F. & Riccaboni, M. (2004). Dynamic competition in pharmaceuticals. *European Journal Health Economics*. 5. 175–182.

Manchinda, P. & Chintagunta, P. (2004). Responsiveness of Physician Prescription Behavior to Salesforce Effort: An Individual Level Analysis. *Marketing letters*. 15(2-3). 129-145.

Medical consumer.org. (2012). Drugs to prevent hearth problems. En ligne : <http://medicalconsumers.org/tag/zetia-unproved-for-heart-attack-prevention/>. (Consulté le 28/06/2015).

Mizik, N. & Jacobson, R. (2004). Are physicians easy marks? quantifying the effects of detailing and sampling on new prescriptions. *Management Sciences*. 50(12). 1704–1715.

Montoya, R., Netzer, O. & Jedidi, K. (2010). Dynamic allocation of pharmaceutical detailing and sampling for long-term profit ability. *Marketing Sciences*. 29(5). 909–924.

Montoya, R., Netzer, O. & Jedidi, K. (2010). Dynamic allocation of pharmaceutical detailing and sampling for long-term profit ability. *Marketing Sciences*. 29(5). 909–924.

Morton, F.M.S. (1999). Entry decisions in the generic pharmaceutical industry. *The Rand Journal of Econ* 30(3). 421–440.

Moynihan, R. (2008). Key Opinion Leaders: Independent Experts or Drug Representatives in Disguise? *British Medical Journal*. 336. 1402-3.

Noonan, E. (2007). Genentech Acts to Halt Off-label Use of Avastin® for Age-related Macular Degeneration. En ligne : http://www.patentdocs.typepad.com/patent_docs/2007/10/genentech-acts-.html. (Consulté le 22/06/2015).

Ordre des médecins. (2014). *Code de déontologie médicale*. En ligne : <https://ordomedic.be/fr/code/contenu/>. (Consulté le 05/06/2015).

Ordre des pharmaciens.be. (s.d.). *Code déontologique de l'ordre de pharmaciens*. En ligne : <http://www.ordredespharmaciens.be/default.aspx?ID=18&PT=2&G=84&GRT=2&lang=2>. (Consulté le 23/06/2015).

Parizet, N. & Duez, L. (2006). *Médicaments et propriété intellectuelle*. Kirkpatrick : Bruxelles

Petrova, E. (2014). Innovation in the pharmaceutical industry : the process of drug discovery and developpement. In Ding, M., Eliasbergh, J., & Stremersch, S. (Eds.) *Innovation and marketing in the pharmaceutical industry : emerging pratice, research, and policies* (pp. 19-83). Philadelphia : Springer.

PHARMA.be, (2015). Règlementation nationale. En ligne : <http://pharma.be/newsitem.aspx?nid=747>. (Consulté le 11/06/2015).

Pharma.be. (2014). *Code déontologique de pharma.be*. En ligne : <http://www.pharma.be/newsitem.aspx?nid=940>. (Consulté le 21/06/2015).

Pollack, A. (2008). The Minimal Impact of a Big Hypertension Study. *New York Times*. November..

Read, J. & Cain, A. (2013). A literature review and meta-analysis of drug company-funded mental health websites. *Acta psyscheatrica Scandinavia*. 128(6). 422-433.

Read, J. (2008). Schizophrenia, drug company and the internet. *Social Science & Medicine*. 69(1). 99-109.

Rehman, J. (2012). Can the Source of Funding for Medical Research Affect the Results? En ligne : <http://blogs.scientificamerican.com/guest-blog/can-the-source-of-funding-for-medical-research-affect-the-results/>. (Consulté le 12/06/2015).

Renahy, E., Parizot, I., Lesieur S. & Chauvin, P. (2007). *WHIST : Enquête web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur Internet*. Paris : Université Pierre et Marie Curie.

Richards, T. (2008). Purely Medicinal. *British Medical Journal*. 336(7646).6993.

Rosenthal, M.B., Berndt, E.R., Donohue, J.M., Epstein, A.M. & Frank, R.G. (2003). Demand effects of recent changes in prescription drug information. In Cutler, D.M., Garber, A.M. (Eds.) *Frontiers in health policy research*. Boston : MIT Press.

RTBF.BE. (2012). *Automédication : le belge aime le médicament sans ordonnance*. En ligne : http://www.rtbf.be/info/societe/detail_automedication-le-belge-aime-le-medicament-sans-ordonnance?id=7884355. (Consulté le 19/06/2015).

Rutledge, P. (2003). Do doctors rely on pharmaceutical industry funding to attend conferences and do they perceive that this creates a bias in their drug selection? Results from a questionnaire survey. *Pharmacoepidemiol drugs saf*. 12(8). 63-67.

Santerre, R. & Vernon, J.A. (2005). Assessing consumer gains from a drug price control policy in the U.S. *Southern Economic Journal*. 73(1). 233-245.

Sawaya, L. (2002). Smart sampling. Pharmaceutical Representative. En ligne : [http://pharmrep. fi ndpharma.com/pharmrep/Smart-sampling/ArticleStandard/Article/detail/125333](http://pharmrep.fi ndpharma.com/pharmrep/Smart-sampling/ArticleStandard/Article/detail/125333). (Consulté le 17/06/2015).

Scherer, F.M. & Ross, D. (1990). *Industrial Marketing Structure and Economic performance*. University of Illinois at Urbana-Champaign's Academy for Entrepreneurial Leadership Historical Research Reference in entrepreneurship.

Sécuritésociale.be. (2015). *Remboursement des frais médicaux*. En ligne : https://www.socialsecurity.be/CMS/fr/citizen/displayThema/health/SANTH_4.xml. (Consulté le 25/06/2015).

SPF économie. (2011). Panorama de l'économie belge. En ligne : http://economie.fgov.be/fr/binaries/Panorama_2011_FR_TOT_tcm326-188691.pdf. (Consulté le 10/06/2015).

Spf économie. (2015). *Les certificat complémentaire de protection pour les médicaments et les produits phytopharmaceutique*. En ligne : http://economie.fgov.be/fr/entreprises/propriete_intellectuelle/Brevets/certificats_complementaires_protection_medicaments_produits_phytopharmaceutiques/#.VbOkAfl_NBc. (Consulté 10/06/2015).

SPF économie. (s.d.). *Médicaments originaux non remboursable et non prescrits : médicaments en vente libre ou OTC*. En ligne : http://economie.fgov.be/fr/consommateurs/Prix_reglementes/Geneesmiddelen/Medicaments_originaux/Medicaments_vente_libre/. (Consulté le 12/06/2015).

SPF économie. (s.d.). *Médicaments remboursables originaux à usage humain*. En ligne : http://economie.fgov.be/fr/consommateurs/Prix_reglementes/Geneesmiddelen/Medicaments_originaux/Medicaments_rembourrables/. (Consulté le 30/06/2015).

SPF Sécurité Sociale. (2011). *La sécurité sociale : tout ce que vous avez toujours voulu savoir*. Bruxelles : Van Wassenhove.

Spielmans, G. I. (2009). The Promotion of Olanzapine in Primary Care: An Examination of Internal Industry Documents. *Social Science and Medicine*.

Stremersch, S., & Van Dyck, W. (2009). Marketing of the Life Science : A framework and research agenda for a nascent field. *Journal of Marketing*, 73, 4-30.

Stremersch, S., Landsman, V. & Venkataraman, S. (2013). The relationship between DTCA, drug requests and prescriptions: Uncovering variation across specialty and space. *Marketing Science*. 32(1). 89–110.

Symm, B., Averitt, M., Forjuoh, S. N. & Preece. (2006). Effects of using free sample medications on the prescribing practices of family physicians. *Journal of the American board of Family Medicine* 19(5). 443-449.

The Economist. (2007). *Beyond the blockbuster: drugs firms are rethinking their business model*. En ligne : <http://www.economist.com/node/9409230>. (Consulté le 28/06/2015).

Thijssen, A. (2012). *Mémoire sur Pharmaka.be*. Mémoire d'ingénieur de gestion : Louvain School of Management.

Torres, J. & Rikter, P. (2006). Reported Outcomes in Major Cardiovascular Clinical Trials Funded by For-Profit and Not-for-Profit Organizations: 2000-2005. *The journal of American Medical Association*. 295(19). 2270-2274.

Turner, E. & al. (2008). Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy. *The new England Journal of medicine*. 358. 252-260.

UCB. (2015). *Making lifes better every day*. En ligne : <http://www.ucb.com/>. (Consulté le 09/06/2015).

Van Duppen, D. (2005). *La guerre des médicaments*. Editions Aden : Bruxelles.

Velo, G. & Moretti, U. (2008). direct-to-consumer advertising in Europe : the blurred margin between promotion and information. *British Journal of clinical pharmaco*. 66(5). 626-628.

Venkataraman, S. & Stremersch, S. (2007). The debate on influencing doctors' decisions: are drug characteristics the missing link? *Management Science*. 53(11). 1688–1701.

Washington, H. (2011). *Drugmakers don't just compromise doctors; they also undermine top medical journals and skew medical research*. En ligne : <https://theamericanscholar.org/flacking-for-big-pharma/#.Va-FGPK4XM0>. (Consulté le 29/06/2015).

Wasselin, J. (2012). *Le quotidien d'une visiteuse médicale*. Lille : L'harmattan.

West, R. (2009). *Food and Drug administration report on pharmaceutical products*. En ligne : www.fda.gov. (Consulté le 01/07/2015).

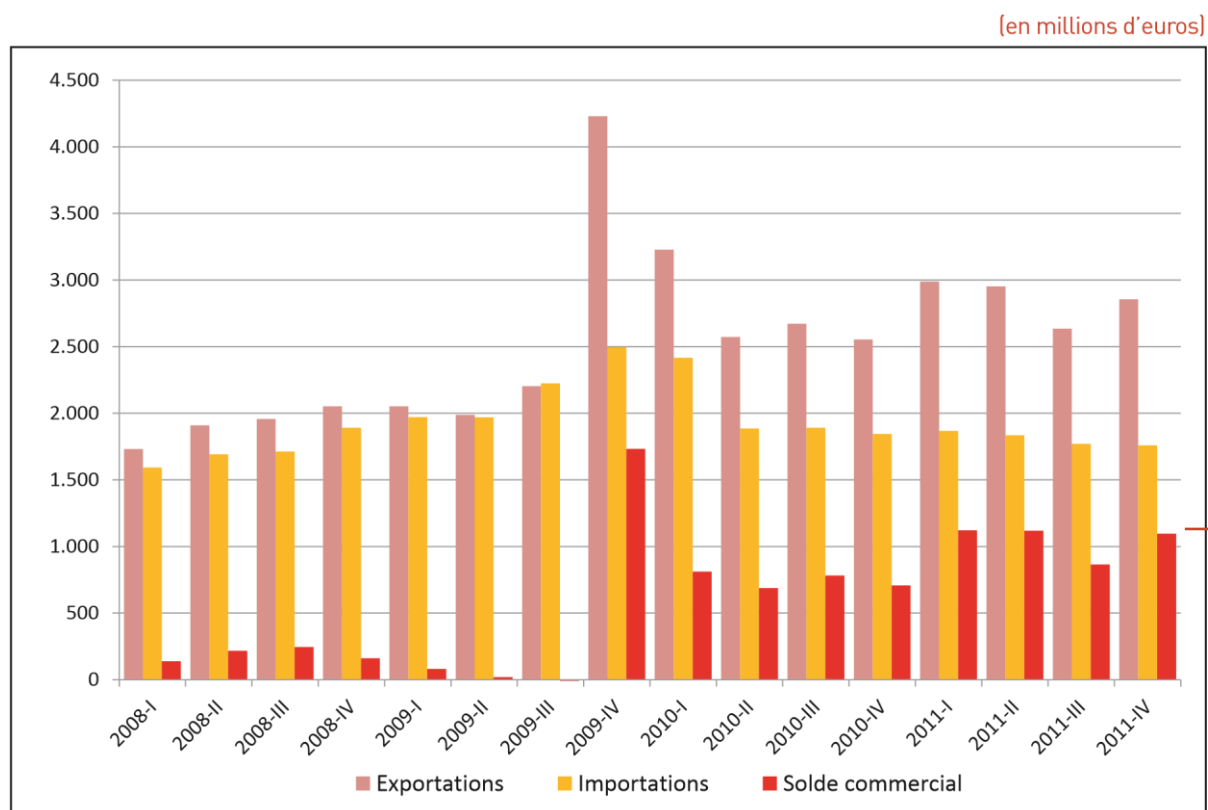
Wozniak-Holecka, J., Grajek, M., Siwojad, K., Czech, K. & Mazgaj, E. (2012). Consumer behavior in OTC medicines market. *Przeql epidemiol*. 66(1). 157-160.

Annexe 1 : Commerce Extérieur de l'industrie pharmaceutique

Source : Source : SPF économie, *Panorama de l'économie belge*, p. 126, 2011

B.4. Commerce extérieur de l'industrie pharmaceutique

Graphique 2.23. Indicateurs du commerce extérieur



Source : ICN.

Tableau 2.22. Ventilation des exportations extra-UE de l'industrie pharmaceutique par pays partenaire
(2011)

	% des exportations de la Belgique vers l'extra-EU	Valeur en milliards euros	P part de Belgique dans le total des exportations UE (en %)
Etats-Unis	29,94	5,216	17,85
Japon	33,43	1,132	18,65
Suisse	17,20	0,912	8,71
Russie	15,90	0,764	15,13
Canada	32,90	0,705	22,04
Australie	31,37	0,539	14,52

Source : Eurostat, calculs SPF Economie.

Annexe 2 : Partie du rapport CSR de GSK sur le marketing

Source : GSK.be, rapport CSR, (2013)

« Putting patients first in sales and marketing We constantly challenge ourselves on how we can better meet the expectations of society.

In 2013, we reinforced our commitment to putting patients first by announcing fundamental changes to our sales and marketing practices, and the way we interact with healthcare professionals. Instead of individual sales targets, we will now incentivise our sales and marketing teams who detail our products to prescribers to ensure that the interests of patients come first.

Our new compensation scheme will reward sales and marketing professionals for how well they use their technical knowledge to improve patient care and GSK's overall business performance. It is built on our experience in the USA, which has shown that such an approach pays off through improved customer satisfaction (see page 44). We are also changing our relationship with healthcare professionals (HCPs).

We work with HCPs in a number of ways, including on research that they conduct on our behalf and by soliciting their expertise on GSK products or therapy areas. In 2014, we began a twoyear process to end the practice of paying HCPs to speak on our behalf, about our products or disease areas, to audiences who prescribe or can influence prescribing.

This move is designed to provide patients with greater confidence that whenever they talk to a doctor, nurse or other prescriber, there is no perception of a conflict of interest. We remain committed to continue our support to HCPs, and these changes will help us do so with transpar. »

Annexe 3 : Les soins de santé en cas d'hospitalisation et explication sur le MàF

A. Frais concernant les hopitaux

Bénéficiaires	1er jour (*)	À partir du 2ème jour	A partir du 91ème jour
titulaires ordinaires sans personne à charge	41,70 €	14,43 €	14,43 €
titulaires ordinaires avec personne à charge (y compris ceux tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié, leurs personnes à charge y comprises)	41,70 €	14,43 €	5,12 €
enfants à charge des titulaires ordinaires	32,39 €	5,12 €	5,12 €
Bénéficiaires du régime ViPo et leurs personnes à charge	5,12 €	5,12 €	5,12 €
titulaires en chômage contrôlé qui ont depuis 12 mois au moins la qualité de chômeur complet ayant charge de famille ou isolé, y compris leurs personnes à charge	32,39 €	5,12 €	5,12 €

(*) Montant forfaitaire de € 27,27 inclus

Source : Sécurité sociale (2011)

Le MàF

Si le patient ne dispose pas d'assurance complémentaire, le ticket modérateur peut s'avérer très lourd dans certains cas particuliers de maladies graves, de thérapies longues, etc. Pour cette raison, la règle du maximum à facturer (MàF) a été développée en Belgique. Le principe est simple, un maximum est calculé en fonction des revenus du ménage. Si les dépenses dues aux tickets modérateurs sont trop importantes, la différence entre le MàF et ces dépenses est remboursée au ménage. Il existe différentes catégories du maximum à facturer :

- Le MàF social : il intervient lorsque le ménage remplit les critères nécessaires pour être dans le système BIM (bénéficiaire à intervention majorée) et qu'il a pris en charge un

ticket modérateur de 450 € ou plus durant l'année. Dans ce cas, la mutualité remboursera 100% de celui-ci. Une règle particulière a été mise en place en 2009 pour aider les malades chroniques et les thérapies longues : le MàF social passe à 350€ si le ménage a pris en charge 450€ de tickets dans les deux ans précédents.

- Le MàF à titre individuel: il est ciblé pour les enfants âgés de moins de 19 ans. Si ceux-ci ont supporté un coût de soins de santé supérieur à 650€ (nous parlons bien évidemment toujours de tickets modérateurs), la mutualité lui remboursera entièrement, sans prendre en compte les revenus de sa famille.
- Le MàF revenu : il intervient pour tous les ménages de Belgique. Mais il remboursera en fonction d'un maximum différent selon les revenus du ménage. Un tableau récapitulatif du maximum en fonction des revenus est disponibles ci-dessous.

Tableau 2 : MàF revenu en fonction du revenu d'un ménage

MàF Revenu	Revenu annuel net du ménage	
	(€)	Plafond des dépenses (€)
	Jusqu'à 16 457,15	450
	Entre 16 757,15 et 25 299,79	650
	Entre 25 299,80 et 34 142,46	1000
	Entre 34 142,47 et 42 616,66	1400
	A partir de 42 616,67	1800

Source : Service Publique Fédérale, *Sécurité Sociale, tout ce que vous avez toujours voulu savoir*, p. 49

Il est intéressant de noter que ce remboursement ne dépend plus du types de médicaments ou de thérapie suivi par le patient (SPF économie, 2011). Ceci pourrait avoir un impact sur le plan de communication stratégique sur certain marché thérapeutique qui concernerait des maladies importantes et de longues durées.

Annexe 4 : Résumé des législations relatives à la promotion de médicaments

3.1.2. Article IX de 2001 sur la pharmacovigilance

Le principe de pharmacovigilance tente de protéger le consommateur contre l'effet compétitif de l'économie sur le marché pharmaceutique. Il veut implémenter un scepticisme scientifique quant à l'efficacité d'un médicament et quant à ses effets secondaires et une transparence totale des firmes pharmaceutiques et des médecins envers le grand public. Ainsi l'article IX stipule que la chaque Etat membre se doit de d'encourager les médecins à faire un compte rendu de tout feedback négatifs sur les effets du médicament. Tous les Etats membres se doivent également d'avoir un système de pharmacovigilance qui enregistre les données relatives aux médicaments autorisés dans l'Union européenne. Ces données doivent être accessibles et même partagées avec les autres Etats membres à tout moment. Le tenant d'une autorisation marketing se d'avoir un conseiller en pharmacovigilance employé à temps plein. Cette personne s'occupera d'une part du système dont nous avons parlé ci-dessus pour le médicament en question et sera également chargé de faire un reportant à propos de toutes les réactions négatives au médicament.

3.2. Législation belge

3.2.1. Loi de 1964 sur les médicaments

La loi fondatrice de la législation sur le marketing des médicaments date de 1964. Revisitée à plusieurs reprises, elle nous fournit entre autre les définitions des principaux termes utilisés dans le domaine, la notion d'autorisation de mise sur le marché et les conditions nécessaires pour la recevoir, les règles relatives aux génériques et à la protection de la propriété intellectuelle dans le domaine médical. La loi belge n'est pas restée la seule réglementation légale bien longtemps. Plusieurs compléments de divers organismes sont venus compléter les lacunes de contenu. Ainsi la majorité des règles présentes dans la loi de 1964 sont

reprises dans la directive européenne de 2001 dont nous avons ci-dessus. Le principal gros manque de cette version antérieure de la législation était dû à un problème d'excès des firmes. En effet celle-ci ne se privait pas, une fois l'AMM reçue, d'avoir recours à des formes de marketing non-éthique comme des offres de cadeaux (n'ayant parfois aucun rapport avec le domaine médical), des promesses de voyages, ou des avantages financiers importants contre la promesse de prescription du médecin.

Comme nous le verrons, ces pratiques marketing étaient courantes il y a encore quelques années mais une augmentation importante de l'intérêt du public a engendré une croissance agressive de la législation et du contrôle dans le domaine. Cette évolution légale pourrait jouer un rôle important sur le comportement de prescription d'un médecin : un médecin ayant pratiqué longtemps sous l'ancienne législation plus laxiste pourrait se voir encore/plus facilement influencé par les efforts marketing des firmes pharmaceutiques.

3.2.2. Loi de 2004 sur l'excès de promotion des médicaments

Cette loi de 2004 aura elle aussi son importance dans le monde médical : son objectif principale est de diminué les excès effectués par les firmes pharmaceutiques en matière de marketing. Notons qu'elle reprend des points de la loi résumée précédemment, l'une étant une directive européenne et l'autre une loi belge.

Ainsi, elle déclare :

"Il est interdit, dans le cadre de la fourniture, de la prescription, de la délivrance ou de l'administration de médicaments, de promettre, d'offrir ou d'octroyer, directement ou indirectement, des primes, des avantages pécuniaires ou des avantages en nature aux grossistes, aux personnes habilitées à prescrire, à délivrer ou à administrer des médicaments ainsi qu'aux institutions dans lesquelles ont lieu la prescription, la délivrance ou l'administration de médicaments. "

Cette modification importante changera grandement les démarches des grandes firmes de médicaments. Rappelons toutefois que l'hospitalité et les frais de valeur négligeable peuvent

encore être pris en charge par les firmes pharmaceutiques pour le médecin.

La loi stipule également que le médecin a une interdiction d'accepter des médicaments gratuits ou des avantages financiers sur des médicaments s'il prescrit une certaine marque.

Annexe 5 : Autres organismes régulateurs

L'INAMI

L'INAMI a deux missions distinctes mais d'importance égale :

"Nous veillons à ce que chaque assuré social, quelle que soit sa situation, ait effectivement accès aux soins de santé de qualité qui sont nécessaires (accessibilité) et obtienne un remboursement. Ces soins de santé doivent être efficaces et dispensés aux tarifs convenus (sécurité tarifaire).

Nous veillons à ce que les assurés sociaux, travailleurs salariés et indépendants, reçoivent un revenu de remplacement adéquat en cas d'incapacité de travail ou de maternité/paternité. Il garantit que de réelles opportunités de réinsertion au terme de l'incapacité de travail leur soient offertes." (INAMI)

Elle agira donc comme acteur de contrôle pour garantir le libre accès aux médicaments dans le but de protéger le patient et garantira une équité au niveau des soins de santé. L'INAMI travaille entre autre à définir les critères de remboursement des médicaments. Le critère du type de maladie dont souffre le patient que nous avons résumé dans le tableau précédemment est un premier exemple de l'influence de l'INAMI sur la politique de remboursement des médicaments en Belgique.

Un deuxième critère important qui aura un impact sur la politique de remboursement est le système de bénéficiaire à intervention majorée (BIM). Grâce au système, les ménages à bas revenu (moins de 16 300 € par an et moins de 3 000 € pour les personnes à charge en plus dans le ménage) devront payer une somme moins importante pour les médicaments de la deuxième catégorie du tableau ci-dessus, c'est-à-dire les médicaments d'utilité avérée (médicaments les plus habituels).

La Commission de remboursement des médicaments

La commission de remboursement des médicaments (CRM) est un autre organe régulateur consultatif jouant un rôle dans la détermination des conditions de remboursement de la sécurité sociale et dans la liste des médicaments remboursables.

Le principe fondateur de la CRM vient du fait que sa composition comporte toutes les différentes parties prenantes du secteur de la santé. Ainsi on retrouve :

"7 membres disposant d'un mandat académique dans les universités belges

8 membres délégués par les organismes assureurs

3 membres délégués par les associations professionnelles représentatives du corps des pharmaciens

4 membres délégués par les associations professionnelles représentatives du corps médical

2 membres délégués par les associations professionnelles de l'industrie pharmaceutique

1 membre proposé par le ministre des Affaires sociales

1 membre proposé par le ministre de la Santé publique

1 membre proposé par le ministre des Affaires économiques

1 membre représentant le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI."

(INAMI)

C'est le ministre des affaires sociales qui déterminent les demandes faites au CRM. Les dispositions légales de la CRM sont réglementées dans l'arrêté royal de 2001 sur les interventions de la mutualité.

L'agence fédérale du médicament et des produits de santé

L'agence fédérale du médicament et des produits de santé remplit deux rôles primordiaux dans le secteur pharmaceutique : d'une part, l'organisme délivrera les autorisations de mise sur le marché, d'autre part, elle aura une fonction de contrôle et de vigilance envers les firmes pharmaceutiques (Fagg-afmps.be).

Ainsi, l'organisme définit son propre rôle comme suit :

"L'afmps veille, dans l'intérêt de la santé publique, à la qualité, la sécurité et l'efficacité des médicaments et des produits de santé en développement clinique et mis sur le marché. à la qualité, la sécurité et l'efficacité des médicaments et des produits de santé en développement clinique et mis sur le marché." (fagg-afmps.be)

L'agence aura en outre des fonctions à remplir dans quatre domaines principaux. Dans le domaine de la recherche et du développement elle devra contrôler les tests cliniques et peut donner des conseils scientifiques aux firmes pharmaceutiques. Elle peut ne pas approuver un test clinique proposé. Elle sera bien entendu responsable de la remise de l'AMM qui permettra aux entreprises de commercialiser leurs produits. C'est ce rôle qui fait de l'AFMPS un acteur primordial du secteur pharmaceutique. Elle aura également un rôle à jouer dans la distribution et le contrôle de la production de médicament. Ainsi, l'agence devra s'assurer que les firmes respectent les règles légales en vigueur en matière de fabrication et de distribution. C'est dans le cadre de cette fonction que l'agence contrôlera également les importations de médicaments. Enfin elle contrôlera le contenu des publicités des firmes pharmaceutiques. L'objectif principal de ce contrôle sera de s'assurer que les médecins, les autres professionnels de la santé et les patients disposent de toutes les informations nécessaires pour une utilisation optimale du médicament. Elle contrôlera donc, par exemple, que le visiteur médical donne durant son meeting avec le médecin, des informations relatives à la composition, au dosage, à l'ingestion, au prix, etc.

Le service Public Fédéral économie

Le SPF économie sera un des acteurs nécessaires dans la fixation du prix du médicament. En effet, de par leur accessibilité obligatoire et de par leur remboursement par la collectivité, les médicaments ont un prix qui est décidé en accord avec des agences gouvernementales. Ainsi, les firmes pharmaceutiques devront recevoir une autorisation du SPF économie lors de la fixation du prix de leur nouveau produit. On remarque donc que la firme pharmaceutique qui reçoit la protection due à un brevet et l'autorisation de mise sur le marché ne pourra toujours pas réellement agir comme un monopole puisque son prix ne sera pas fixé que

sous sa propre décision (economie.fgov.be).

Afin d'envisager un terrain d'entente avec l'organisme fédéral, l'entreprise devra notamment donner des informations relatives à la justification du prix. Elle devra donc envoyer les coûts de production du médicament (associé au coût de recherche pour le développement de celui-ci) et le bilan général de l'entreprise.

Annexe 6 : Interviews

Hublet, Urologue

Depuis Combien de temps exercez-vous ?

45 ans.

Avez-vous une politique en termes de médicaments génériques ?

Pour l'instant nous sommes obligés de les prescrire. En tout cas un certain quota. Et je pense que le médecin a des moins en moins de pouvoir quant à la décision d'un médicament plutôt qu'un autre. C'est les pharmaciens qui choisissent aujourd'hui. Ils font presque ce qu'ils veulent. Nous on a plus beaucoup de choix. Quand je fais un choix c'est souvent en fonction de la firme. Certaines firmes de génériques sont bien meilleures que d'autres.

Avez-vous une politique en termes de délégué pharmaceutiques ?

Je vois deux visiteurs médicaux par semaines. C'est eux qui me demandent et c'est les premiers qui prennent rendez-vous que j'accepte. Parfois ceux qui m'intéressent le plus. Je vois les majoritairement dans le cadre de l'hôpital même si de temps en temps je vais au restaurant. J'essaie d'éviter mais eux insistent beaucoup. Ils essaient d'avoir une relation de long terme avec les médecins. Malheureusement c'est un métier qui va disparaître. On limite de plus en plus leur budget dans les firmes. Elles utilisent principalement internet aujourd'hui ou les revues médicales. Les visiteurs ne sont plus utilisés que pour les nouveaux médicaments.

Avez-vous ressenti une évolution dans la relation entre le délégué pharmaceutique et le médecin ?

Je remarque principalement qu'il y en a de moins en moins. Le problème c'est qu'il essaie de faire copain-copain avec le médecin et, je pense que c'est une grave erreur. Avec moi ça ne fonctionnera pas du tout. Au contraire. L'information scientifique qu'ils donnent est très souvent correcte : ils nous montrent de la preuve. On va prescrire sur base de ces preuves. Là on ça devient plus difficile c'est quand ils doivent promouvoir une même molécule. Pourquoi devrait-on en choisir un plutôt qu'un autre ? D'après moi ce n'est pas normal qu'il y ait des prix différents pour des molécules identiques ! C'est une mauvaise gestion de la part du ministère de la santé. Tous les prix devraient être identiques.

Quelle est votre politique en termes d'échantillon ?

Si on m'en donne je dis merci. Mais on en a de moins en moins. Je n'aime pas tellement les donner pour essayer un traitement. Enfin ça dépend pour quelle pathologie. Si ça prend du temps) fonctionner, les patients peuvent abandonner en court de route, se dire que c'est inutile puisqu'ils ne l'ont de toute façon pas payé. Aujourd'hui je les donne plus aux nécessiteux qui manquent de moyens pour se payer des médicaments. Sur ce sujet, j'ai aussi remarqué que souvent les entreprises pharmaceutiques bricolent. Ils bricolent et on se retrouve avec une quantité d'échantillons gigantesque, bien plus grande que les quotas.

Quelle source d'information utilisez-vous pour rester informé sur l'actualité médicale ?

Avec la formation continue, on doit se tenir informé en permanence, c'est obligatoire. Alors j'utilise principalement les congrès, des livres, internet, etc. Pour les médicaments, il est évident que c'est quelqu'un qui me tiendra informé des dernières nouveautés. Ça peut être un collègue mais c'est vrai que c'est souvent les délégués pharmaceutiques.

Les visites des stands à des congrès sont très utiles aussi. J'ai été orateur dans le passé. Dans certains congrès, des sociétés pharmaceutiques tentent de contrôler ce qui y est présenté.

Quelles revues médicales lisez-vous ?

Je ne saurais pas te dire de nom comme ça par cœur mais aujourd'hui c'est principalement par internet. Les revues sont informatisées.

Pensez-vous que la relation avec le patient a évolué ?

Elle a certainement évolué. Les informations qu'ils ont trouvées sur internet, moi je dis directement, ça ne m'intéresse pas. C'est souvent après avoir reçu un diagnostic qu'ils

vont aller fouiller. Ça arrive alors qu'ils trouvent des informations qu'ils n'auraient probablement pas voulues savoir. S'ils viennent directement avec leur diagnostic trouvé sur le net, je n'y prête pas attention.

Pensez-vous que les firmes pharmaceutiques ont une influence sur le comportement de prescription des médecins ?

Elles ont définitivement une influence, bien sûr. Dans les temps, il y a eu des dérives pas possibles. Elles offraient des kilomètres en avion en échange de prescription de certains médecins ! Tout ça est fini bien entendu. Mais elles ont encore des budgets marketing gargantuesque. Je pense qu'elles utilisent principalement le pharmacien maintenant. Ils ont de plus en plus de pouvoir les pharmaciens. Ils peuvent choisir le médicament pour certaines molécules. Et ils sont plus influençables.

De Hertog, Psychiatre

Depuis Combien de temps exercez-vous ?

1991

Avez-vous une politique en termes de médicaments génériques ?

C'est difficile à dire, c'est variable d'un patient à un autre. Je n'hésite pas à prescrire autre chose que des génériques mais je ne suis pas contre les génériques non plus. Je n'essaie pas spécialement de donner le moins cher. Si j'y pense, pourquoi pas.

Avez-vous une politique en termes de délégué pharmaceutiques ?

J'en vois environ 3 par mois et c'est toujours eux qui me contactent bien sûr, pas l'inverse. Je les vois souvent à l'hôpital ou au restaurant. Avant je les voyais souvent dans des congrès. Je préfère avoir une vraie relation de long terme avec eux sinon c'est moins intéressant. Je ne dis jamais non à la visite un délégué. Avant on était invité n'importe et il y avait des abus. Les invitations au congrès c'est très intéressant parce que c'est très cher et on en a besoin. Donc je trouve ça dommage qu'il y ait eu des abus parce que ça remet un peu en question le principe d'hospitalité.

Avez-vous ressenti une évolution dans la relation entre le délégué pharmaceutique et le

médecin ?

Ils sont plus stressés aujourd'hui à cause de la réduction budgétaire dans la majorité des firmes. Et l'évolution dans la législation se voit beaucoup aussi. Comme expliqué avant. On revoit la facture du congrès un peu après et on est taxé si c'est eux qui l'ont payé. Avant on était invité une semaine avant et on restait une semaine après.

Quelle est votre politique en termes d'échantillon ?

Non je n'ai pas vraiment de politique particulière. Il m'en donne mais je n'en fait rien. C'est toujours eux qui m'en proposent. En général je les donne uniquement quand c'est des gens qui ont du mal à payer le ticket modérateur.

Quelle source d'information utilisez-vous pour rester informer sur l'actualité médicale?

Principalement des congrès mais malheureusement ça devient plus rare qu'on m'invite. Les conférences auxquels on y assiste sont souvent très intéressante. Chaque année on doit y assister dans le cadre de l'accréditation. J'utilise également internet pour m'informer et je suis abonné a des revues médicales mais souvent l'infos qu'on reçoit n'est la même que l'info qu'on recherche. Donc on doit quand même s'informer en plus par soi-même.

Pensez-vous que la relation avec le patient a évolué ?

Je pense que dans d'autre spécialité oui mais pas dans la psychiatrie. Il s'agit de la personne du patient donc c'est différent. Sauf si on leur donne un diagnostic alors ils cherchent des infos par après sur le diagnostic pour voir un peu mieux de quoi il s'agit et pour voir si le docteur a bien tout dit.

Pensez-vous que les firmes pharmaceutiques ont une influence sur le comportement de prescription des médecins ?

Ils vont bien m'influencer s'il parvient à me dire ce qui m'intéresse cliniquement parlant ou scientifiquement parlant. Pas en finançant des conférences ou autres. Ça ne changera pas mes prescriptions.

Haine, Cardiologue

Depuis Combien de temps exercez-vous ?

23Ans

Avez-vous une politique en termes de médicaments génériques ?

En cardiologie, ça dépend de certaine classe de médicaments. Il y a quelques grandes classes de médicaments qui sont peu substituables. Il y a une recommandation qui dit que certains médicaments ne peuvent pas être changés. Ceux qui ont une faible marge thérapeutique (ratio efficacité et effet secondaire). On ne peut pas changer de l'un à l'autre. Le choix ne se fait qu'une fois, au début, et ensuite, si quelqu'un d'autre a choisi, on reste avec ce médicament.

Pour moi, le plus simple c'est d'éviter les papiers. En médecine, les médicaments chers ont droit à un remboursement particulier, il faut demander une autorisation à la mutuelle pour être remboursé. C'est trop compliqué : c'est un zozo dans une mutuelle qui t'autorise à prescrire un certain médicament alors que c'est toi le spécialiste. Du coup souvent je choisis par défaut le médicament générique moins cher.

Avez-vous une politique en termes de délégué pharmaceutiques ?

Je ne prends que très très rarement de rendez-vous avec eux. J'essaie d'éviter au maximum d'en voir. Vraiment qu'en dernier recours je les rencontre et dans ce cas c'est au croisement d'un couloir pendant cinq minutes. Et c'est uniquement après qu'ils aient insisté grandement ou que j'ai entendu parler d'un produit en particulier.

Avez-vous ressenti une évolution dans la relation entre le délégué pharmaceutique et le médecin ?

Oui bien sûr, déjà, c'est une espèce qui va disparaître. En France ça disparaît. Et c'est normal. Tu peux faire de l'information auprès des médecins mais aller voir directement le médecin pour le convaincre c'est contradictoire. C'est aller trop loin. Du coup les firmes sont en perpétuelles restructurations. Ces gens n'ont plus l'occasion d'apprendre grand-chose et donc c'est essentiellement du marketing. Les infos ont y accès de toute façon, par mail, congrès etc. Le délégué c'est que de la pub, pas de l'info. C'est comme des vendeurs de brosse à dents.

Quelle est votre politique en termes d'échantillon ?

Pendant tout un temps on en a plus eu. Maintenant, on en reçoit de nouveau. Apparemment ils n'en ont plus donné pendant un certain temps à cause d'un accord entre les firmes pharmaceutiques en cardiologie. Mais de toute évidence ça a rechangé. Moi je donne ça pour dépanner avant qu'ils aillent à la pharmacie. On est en Belgique : les gens sont très bien remboursés. Jamais pour essayer un traitement qui je ne connais pas bien.

Quelle source d'information utilisez-vous pour rester informer sur l'actualité médicale?

Honnêtement en cardiologie, trouver des sources d'actualité médicale n'est pas un problème. Il y en a une abondance, même trop. C'est faire le tri entre toutes ces sources qui posent problèmes.

Pensez-vous que la relation avec le patient a évolué ?

Oui elle a évolué énormément. Avec internet et en ville et à la campagne. Moi je consulte aussi à Waterloo. C'est un monde différent. Ici ils n'ont pas le temps, ils veulent réfléchir, avoir un deuxième avis, voir avec un autre, A Waterloo, ils disent oui docteur. Et du à l'absence de l'information et mais selon l'endroit, le rapport entre le médecin et patient est très différent. Ici il va te demander d'épeler pour qu'il puisse le taper sur internet. Ils vont encore poser des questions etc.

J'ai un panneau dans mon cabinet qui dit « Le patient qui viendra avec le diagnostic qu'il aura trouvé sur internet sera chargé des frais supplémentaires ». Les diagnostics sont souvent complétement faux. C'est n'importe quoi. Souvent les patients qui viennent après une recherche internet ils ne sont même pas devant la bonne personne. Mais il est sûr qu'internet a raison.

Pensez-vous que les firmes pharmaceutiques ont une influence sur le comportement de prescription des médecins ?

Il y a des médecins qui sont achetés par des firmes. Encore maintenant. Il n'y a aucun doute à ce propos. C'est plus difficile mais il y a encore des exemples.

Certaines informations qu'ils donnent sont cela dit utiles.

Vlassak, Cardiologue

Depuis Combien de temps exercez-vous ?

13ans.

Avez-vous une politique en termes de médicaments génériques ?

Maintenant, on est obligé mais avant j'étais contre la prescription de médicaments génériques parce qu'ils ne font pas de recherche. Moi je stimule la recherche. Certaines firmes font les deux, dans ce cas-là ça ne me dérange pas du tout. Je peux les prescrire. Chez nous on arrive à 44% de médicaments bon marché à prescrire.

Avez-vous une politique en termes de délégué pharmaceutiques ?

J'en vois environ 3-4 par mois. Je n'ai pas beaucoup de temps à leur accorder. En tant que médecin on est souvent débordé. Donc pour moi c'est le premier arrivé premier servi. Ceux qui sont devant la porte si j'ai le temps je les prends. C'est toujours les mêmes firmes qui viennent, celles qui s'intéressent à ma spécialité.

Avez-vous ressenti une évolution dans la relation entre le délégué pharmaceutique et le médecin ?

Aujourd'hui ils sont bien plus attachés à la législation. Tous les médecins ont remarqué ça. Avant ils nous invitaient bien plus à des congrès par exemple. Même quand j'étais assistante j'étais invitée. Je ne pense pas que les assistants aujourd'hui puissent l'être. Les échantillons se distribuaient aussi comme des bonbons.

Quelle est votre politique en termes d'échantillon ?

Quand j'en ai besoin je demande. Sinon non. Je les donne au patient pour initier le traitement. Parfois s'ils ont eu des effets secondaires, je les fais essayer avant qu'ils aillent à la pharmacie. Si ça convient ils continuent. C'est souvent les firmes qui proposent.

Quelle source d'information utilisez-vous pour rester informé sur l'actualité médicale ?

Je m'informe principalement par internet et par des revues médicales qu'on reçoit

automatiquement. Après il y a bien sûr les congrès et les conférences accrédités pour la formation continue.

Pouvez-vous me donner des exemples de revues médicales ?

Heartfailure d'européenne society of cardiologie

Pensez-vous que la relation avec le patient a évolué ?

Pas tellement d'évolution. Il y a quand même une différence entre le patient à Bruxelles et en dehors. En dehors ils acceptent directement. A Bruxelles, ils sont plus informés et remettent tout ce qu'on dit en question. Souvent le problème est que l'info n'est pas bonne sinon c'est bien qu'ils soient bien informés.

Pensez-vous que les firmes pharmaceutiques ont une influence sur le comportement de prescription des médecins ?

La recherche a définitivement une influence sur notre comportement de prescription mais j'ai l'impression que le reste de leurs efforts marketing ne m'influence pas moi personnellement, non.

[Lamrarski, Orthopédiste](#)

Depuis Combien de temps exercez-vous ?

2002

Avez-vous une politique en termes de médicaments génériques ?

En général, j'essaie principalement de donner des médicaments génériques s'ils existent. Mais dans ma spécialité je ne me prescris pas énormément. Et quand je le fais c'est surtout des antidouleurs ou des anti-inflammatoire. Je dois plus choisir parmi des atèles, et ce genre de matériel.

Avez-vous une politique en termes de délégué pharmaceutiques ?

Je refuse de les voir parce qu'ils encombrant mes consultations. C'est surtout pour des prothèses de genoux ou autre, comme je vous ai expliqué, qu'ils essaient de me vendre. J'en vois peu pour des médicaments. Je les vois principalement à l'hôpital, rapidement, si je dois

vraiment. Parfois au restaurant sur le temps de midi. Ça me fait gagner du temps.

Avez-vous ressenti une évolution dans la relation entre le délégué pharmaceutique et le médecin ?

Mon père était également chirurgien et à l'époque, c'était plus libre. Il y avait beaucoup de pot de vin. Maintenant, il y a plus de règles et de contrôles. Moi je l'ai moins connu, même si au début de ma formation c'était déjà plus libre. Donc j'ai ressenti l'évolution de la législation et l'évolution dans la relation médecin-délégué.

Quelle est votre politique en termes d'échantillon ?

Je n'en reçois quasi jamais. Si j'en reçois je le donne au secrétaire. C'est eux qui me le donnent sans que je ne demande rien du tout. Je n'en ai clairement pas besoin.

Quelle source d'information utilisez-vous pour rester informer sur l'actualité médicale?

Les deux principales sont les congrès et les livres médicaux. Je m'informe assez peu sur internet. Peu de revues médicales également. J'ai été abonné mais si j'ai besoin d'un article précis je le trouve par moi-même donc. Donc surtout les congrès, je dirais.

Pensez-vous que la relation avec le patient a évolué ?

Oui elle a beaucoup évolué. A cause d'internet principalement. Ils se renseignent d'abord sur le médecin en soit. Et sur toutes les techniques et les médicaments. Ils ont leur avis sur tout. C'est une bonne chose oui et non. Ils ont un accès à l'information ce qui est très bien mais il y a pas de contrôle sur l'information. A peut être complètement faux.

Pensez-vous que les firmes pharmaceutiques ont une influence sur le comportement de prescription des médecins ?

Oui. Même si il y a plus de pot de vin ou quoi il y a un rapport de confiance qui s'établit. Moi je fais confiance aux firmes que je connais avec qui j'ai de l'histoire. Plutôt les grosses firmes qui ont les capacités pour l'analyse, etc. Je ne vais pas mettre la prothèse d'une petite firme que je ne connais pas. Donc oui ça influence.

[Kessler, Pneumologue](#)

Depuis Combien de temps exercez-vous ?

35Ans dont 30 dans cet hôpital.

Avez-vous une politique en termes de médicaments génériques ?

Je prescrirai toujours le médicament générique le moins cher s'il existe.

Avez-vous une politique en termes de délégué pharmaceutiques ?

J'en vois maximum deux par semaine. C'est toujours les mêmes mais pas parce que je les choisis, parce que c'est toujours les mêmes firmes qui me contactent, celle qui me concerne le plus, celle dans ma spécialité. Il passe quand j'ai le temps je les vois 5 minutes.

Ils disent s'il y a de nouvelles molécules. Ils me les présentent. Je les vois uniquement à l'hôpital.

Avez-vous ressenti une évolution dans la relation entre le délégué pharmaceutique et le médecin ?

La relation est très terre à terre : on parle de la molécule. Avant on parlait de tout et de rien. On avait une relation avec eux. Aujourd'hui ils veulent vraiment juste nous présenter le produit. Ce sont des êtres humains pas des vendeurs. Donc je n'aime pas vraiment comment la relation à évoluer.

Ressentez-vous l'évolution dans la législation à ce niveau ?

Oui. Je ne pars quasiment plus jamais sur invitation à un congrès, je vais de mes propres moyens. Par contre, les firmes cherchent des orateurs, ce que j'accepte volontiers, surtout pour faire des discours aux généralistes. Mais je n'accepte jamais d'honoraire ce qui me permet d'être parfaitement libre. Je fais d'ailleurs mes propres Dias, je ne me laisse plus jamais imposer. Il y a un gros problème avec l'universitaire qui accepte souvent des honoraires. J'ai des notions des budgets c'est très tristes. Ils se font payer grassement et accepte de mettre tout ce que la firme veut. C'est assez connu comme problème.

Quelle est votre politique en termes d'échantillon ?

J'en reçois assez peu. Maintenant, il y a de plus en plus de formalité avec les échantillons. C'est utile pour le patient mais c'est normalement c'est utile pour dépanner le patient le temps qu'il aille à la pharmacie. Et dans la pneumologie c'est utile pour montrer comment il faut faire. Nos médicaments sont parfois un peu plus difficiles à utiliser donc on leur montre

directement pendant la consultation.

Quelle source d'information utilisez-vous pour rester informer sur l'actualité médicale?

Je suis abonné aimes propres gazettes. Je vais aux réunions, aux congrès et aux conférences où j'ai décidé d'aller. Des congrès qui ne dépendent pas des firmes pharmaceutiques.

Pourriez-vous me donner des exemples ?

Congrès de pneumologie belge et européen

Pensez-vous que la relation avec le patient a évolué ?

Non je n'ai pas l'impression qu'elle ait évolué. Les gens vont voir sur internet. Ils découvrent des choses qu'ils n'auraient pas voulu savoir. Mais je ne change pas la méthode de ma consultation depuis qu'il y a internet.

Pensez-vous que les firmes pharmaceutiques ont une influence sur le comportement de prescription des médecins ?

Elle est neutre d'après moi. Tout devient standardisé. Pour les maladies fréquentes il y a des guidelines national et à priori, le médecin suit ces guidelines et le traitement est standardisé pour chacune maladie. Elles ont juste une influence plus importante pour les études importantes qu'elles font. En effet, il n'y aujourd'hui que les firmes pharmaceutiques qui ont le budget pour effectuer des études pareils. Et on sait qu'il ne montre pas toujours tous les résultats.

Moens, Rhumatologue

Depuis combien de temps exercez-vous ?

25 ans.

Avez-vous une politique en termes de médicaments génériques ?

En général j'essaie de prescrire des médicaments génériques quand ça existe. Je n'y fais pas particulièrement attention mais je sais bien que c'est moins cher. Et puis on est obligé de prescrire un certain pourcentage de médicament générique tous les ans.

Avez-vous une politique en termes de délégués pharmaceutiques ?

Oui, j'en vois maximum un par jour. Ils ne prennent pas de rendez-vous : je n'ai pas le temps de m'occuper de ça. C'est simplement le premier qui se présente que je verrai, personne d'autre. Je ne les vois qu'à l'hôpital et je ne choisis bien sûr pas le délégué en fonction de la compagnie pharmaceutique.

Ils m'invitent très souvent au restaurant. En général je refuse mais c'est vrai qu'il y en a un ou deux avec qui je vais parfois manger.

Pouvez-vous me résumer un entretien type avec un délégué pharmaceutique ?

Le délégué arrive, ou alors il vient pour un nouveau produit ou alors ils viennent pour retaper sur le clou pour un ancien produit. En général il montre que le produit est efficace parce que ... ou que question qualité/prix il est moins cher que celui que j'utilise, Ou bien qu'il est meilleur que les autres, et.

Evolution entre visiteur et médecin ?

Non, je n'ai pas l'impression qu'il y ait eu une évolution. Ils utilisent beaucoup plus des appareils informatiques genre Ipad mais sinon en 25 ans je n'ai pas l'impression que ça ait évolué.

Evolution dans la législation ?

Non pas de modification, mais je n'y connais rien.

Avez-vous une politique en termes d'échantillon gratuit ?

Non je n'ai pas vraiment de politique particulière : si j'en demande j'en reçois. Lorsqu'eux me demandent si j'en veux je les prends mais en général je les utilise pour moi ou pour ma famille : c'est rare que je les donne aux patients.

Source information ?

D'abord, je m'informe grâce aux revues médicales auxquelles je suis abonné. Et puis il y a tout ce qui concerne la formation continue avec les points d'accréditation : les congrès, etc. Là, on se tient au courant des nouveautés, des derniers médicaments, etc. et puis parfois on s'informe un peu sur internet bien sûr.

Considérez-vous le délégué pharmaceutique comme une source d'information ?

Oui normalement oui mais on sait jamais si c'est de la pub et si les infos sont corrects ou si ils vendent seulement. Ils tapent tous sur les autres medocs. On n'a pas le temps de vérifier les infos.

La relation avec le patient a-t-elle évolué ?

Oui, ils sont plus revendicateur : ils arrivent avec leur diagnostic et presque avec le traitement qu'ils veulent alors qu'avant ils ne faisaient que écouter ce que le docteur disait. Leur diagnostic sont souvent faux en plus.

Ils ont trouvé ça en tapant leurs symptômes sur Google.

Pensez-vous que les firmes pharmaceutiques ont une influence sur le comportement de prescription des médecins ?

Les firmes pharmaceutiques ont certainement une influence sur le comportement de prescription parce que c'est souvent les seules sources d'infos qu'on a. L'avantage c'est que quand on voit un délégué, on n'est pas obligé de fouillé nous dans des bouquins etc. Ecoute quand même ce que le type te raconte.

Leroux, Orthopédiste

Depuis combien de temps exercez-vous ?

1982

Avez-vous une politique en termes de médicaments génériques ?

Non je n'ai pas vraiment de politique prédéfinie. Je choisirai vraiment complètement en fonction du patient et de ses symptômes. Parfois ce sera des génériques, parfois l'original.

Avez-vous une politique en termes de délégués pharmaceutiques ?

Oui, j'en vois maximum un par semaine. C'est les secrétaires qui s'occupent des rendez-vous. Je le place le mardi midi : le premier qui téléphone au secrétariat et qui réserve la place du mardi midi sera vu. C'est aussi simple que ça.

Evolution dans la relation entre délégué pharmaceutique et médecin ?

Non, je n'ai pas l'impression qu'il y ait eu une évolution.

Evolution dans la législation ?

Je sais que je connais très mal l'évolution. Je sais que ça a évolué et je sais dans quel sens : moins d'invitation pour les médecins à des congrès etc. Mais les détails ça j'avoue que je ne les connais pas. Moi je croyais qu'aujourd'hui c'était les généralistes qui étaient souvent invités.

Avez-vous une politique en termes d'échantillon gratuit ?

Je ne dirais pas vraiment une politique mais j'en reçois moins qu'avant. Quand j'en reçois je les donne pour dépanner le temps qu'ils aient à la pharmacie principalement. C'est toujours

les firmes qui me proposent si j'en veux, je ne fais pas la demande.

Source information ?

Les deux sources que j'utilise le plus c'est les revues médicales et les congrès. Le problème c'est qu'on n'a vraiment pas beaucoup de temps.

La relation avec le patient a-t-elle évolué ?

Bah on voit qu'ils sont beaucoup plus informés qu'avant. C'est grâce à internet ça. Ils veulent savoir avant de venir nous voir ce qu'ils ont. Ça peut être une bonne ou une mauvaise chose : ça dépend vraiment beaucoup du patient en question.

Brassine, Microbiologiste

Depuis combien de temps exercez-vous ?

7 mois

Avez-vous une politique en termes de délégués pharmaceutiques ?

Ça dépend un peu de nos besoins dans cette spécialisation. Ils prennent rendez-vous à l'avance et en fonction de qui on souhaite voir on accepte ou non. C'est toujours eux qui contactent mais souvent est intéressé à voir ce qu'il y a de nouveaux sur le marché. On les voit toujours dans le cadre de l'hôpital.

Evolution dans la relation entre délégué pharmaceutique et médecin ?

Je ne pratique pas depuis assez longtemps pour avoir observé une évolution mais j'en ai entendu parler

Evolution dans la législation ?

Même réponse qu'à la question précédente

Avez-vous une politique en termes d'échantillon gratuit ?

Dans le labo, on ne reçoit pas de médicaments gratuits mais on reçoit des échantillons de matériels pour faire les tests de temps en temps. Dans ce cas-ci je pense que la législation est assez différentes de celle pour les médicaments cela dit. Parfois c'est eux qui nous propose de nous donner les échantillons, parfois c'est nous qui le demandons.

Source information ?

J'utilise principalement les congrès. Comme pour les autres médecins, on a une formation continue accréditée donc on doit s'informer légalement. On a souvent des réunions entre professionnels de la même spécialité aussi. Et puis sinon il y a les magazines qui sont d'ailleurs de plus en plus par voie informatique. Sinon en général je n'utilise pas trop internet.

La relation avec le patient a-t-elle évolué ?

Bah on voit qu'ils sont beaucoup plus informés qu'avant. C'est grâce à internet ça. Ils veulent savoir avant de venir nous voir ce qu'ils ont. Ça peut être une bonne ou une mauvaise chose : ça dépend vraiment beaucoup du patient en question.

Pensez-vous que les firmes pharmaceutiques ont une influence sur le comportement de prescription (ou dans votre cas, d'achat) des médecins ?

Sur moi, ça n'a pas vraiment d'influence pour leur acheter du matériel mais par contre je me sens un peu gêné si je n'achète pas leur produit après. Donc ce que je fais c'est que je demande à des firmes différentes de me payer les différents congrès.

Comment fonctionne l'achat de matériel médical pour un labo hospitalier ?

C'est une offre publique où on doit donner les critères qui nous importe pour la machine et

ensuite en fonction de ces critères un tiers parti choisi pour nous l'offre qui convient le mieux. On peut bien sûr influencer grandement ce choix en mettant des critères très précis qui correspondent à un seul produit. On veut une porte bleue par exemple.

Allerbershe, Microbiologiste

Depuis combien de temps exercez-vous ?

1979

Avez-vous une politique en termes de médicaments génériques ?

Je fais partie du GGA, gestion des antibiotiques au sein de la clinique donc j'en parle dans ce cadre. A ce sujet il y a une offre publique qui a été faite concernant les substances génériques. On encourage l'utilisation de produits les meilleurs et les moins chers sur le marché

Avez-vous une politique en termes de délégués pharmaceutiques ?

Ce ne sont pas vraiment des délégués pharmaceutiques dans notre secteur. Je parle évidemment d'antibiotiques puisque c'est mon secteur. Avant c'était très concurrentiel. Mais il y a eu beaucoup de restructuration au niveau des firmes. Et donc on voit de moins en moins de délégués. Et dans les antibiotiques c'est encore pire parce qu'il n'y a presque plus aucunes nouvelles molécules.

Après j'en vois également pour les machines du labo. Là on les voit principalement dans des salons etc. Et puis quand il y a des nouveautés bien sûr ils nous en font part.

Evolution entre visiteur et médecin ?

Oui, j'ai du mal à mettre le doigt sur la raison de cette évolution exact. C'est de plus en plus via mail. Certaines firmes ne donnent plus aucun contact réel aujourd'hui.

Au niveau des cadeaux etc ça a complètement disparu aujourd'hui. Beaucoup moins de congrès aussi et quand on est invité c'est très strict. Personnellement je regrette un peu

l'époque où on créait un réseau social de collègue. Mais bien sûr il y a eu des abus. Je crois que malgré ces abus il y avait aussi certain points positifs à l'occasion de ces congrès.

Evolution dans la législation ?

Oui effectivement aujourd'hui les firmes sont très fortement contrôlées. Toutes les dépenses faites lors d'un congrès doivent être listées et elles sont contrôlées par Mdéon. Ça devient excessif pour moi. On a voulu corriger des abus et je crois qu'on est parti avec l'effet de balancier inverse.

Avez-vous une politique en termes d'échantillon gratuit ?

Non.

Source information ?

Disons qu'en ce qui nous concerne au labo, il y a les revues, il y a les contacts avec les collègues dans d'autre laboratoire. Dans notre spécialité, il y a une très forte concentration de grosse société qui ont 80, 90% du marché et donc ce n'est pas dure de connaître les nouveautés de ces entreprises-là.

Et je m'informe aussi un peu sur internet dans les choix des machines etc.

Pensez-vous que les firmes pharmaceutiques ont une influence sur le comportement de prescription des médecins ?

La firme a certainement une influence mais par la renommée qu'elle a ou, dans notre cas, par le sérieux de leur service après-vente. Avec les machines qu'on achète c'est très important pour nous.

Interview d'un délégué médical anonyme

Pouvez-vous me donner le schéma classique d'une firme pharmaceutique ?

Tout en haut, il y a le General Manager. C'est le grand patron quoi. Ce Général Manager a un management team (= conseil d'administration) qui peut concerner entre 10 et 12 personnes. Ce sont tous les directeurs de divisions orientés produits (ex médecine général (responsable des médecins généralistes), hospitalière, ou plus spécifique ex : immunologie, HIV, etc.) + département finance + département RH. Chaque directeur de division a sa propre équipe. Ici on va parler uniquement de sales et marketing.

Le responsable de section aura en dessous de lui un Sales Manager qui gèrera les délégués médicaux et un Product Manager. Le Product Manager est le chef de produit. C'est eux qui sont responsables de donner des outils marketing et des outils scientifiques pour donner une histoire qui tient la route au médecin. Par là j'entends bien sûr donner des références crédibles. Un délégué médical qui connaît bien ses médecins sait comment il doit leur présenter les médicaments et quels médicaments leur présenter.

Description des métiers plus spécifiquement.

Expliquons maintenant chacun des métiers

Délégué pharmaceutique: il commencera toujours en médecine générale. Parce qu'il faut plus de compétence pour les médecines plus spécifiques. C'est juste que les sujets deviennent plus compliquer. Il y a une espèce de gradation dans les délégués médicaux.

Le délégué médical est responsable d'une région qu'il couvre avec un certain budget. Il a responsabilité d'un produit avec les outils fournis dans une zone géographique stricte. Il crée et il maintient un partenariat solide avec les différents médecins. Il comprend leur valeur et respecte les règles éthiques et des lois.

Il faut un master universitaire ou une expérience équivalente. Il faut des compétences en gestion, des connaissances scientifiques, connaissance des produits et des médecins. Quelques compétences administratives et bien sur une maîtrise parfaite de l'anglais et du néerlandais.

Sales manager : le chef des délégués médicaux. Il est responsable des ventes. Il va gérer l'entière du territoire pris en compte par le délégué. Il gère l'équipe mais il n'est pas au-dessus du product manager.

Il doit donc avoir des compétences de people management. A parti de ce niveau tout se fait en anglais.

Product Manager : il va trouver des outils scientifiques. Il va chercher des publications intéressantes sur le produit qui vont faire que le médecin va être étonné par les caractéristiques de notre produit. C'est pour ça que les médecins sont très contents quand on fait un résumé de la littérature scientifique. Bon évidemment le délégué il va essayer de vendre son produit. Il y a bien sur un côté commercial. Ils donnent outils aux délégués et choisis les supports (papier, Ipad, etc.) sur lequel il devra le présenter. Il donne l'histoire du produit à présenter avec un « fil rouge ».

Directeur de division : Il gère tous les sales manager et les products manager. Il faut avoir les compétences que je t'ai expliqué et d'autre en plus évidemment. Là, il faut de très bonne notion de stratégie, de marketing, etc.

Directeur médical : C'est un médecin qui gère le côté test et moins marketing des choses.

Au niveau du sponsoring qui est le responsable ?

Avant le sponsoring était fait par division. Mais aujourd'hui ils essaient de rendre ça plus général pour toute la firme. Le problème c'est que les personnes responsables de ça sont dure à trouver parce qu'il faut des connaissances tellement variées : il y a beaucoup de type de produits, beaucoup de possibilités de marketing envisageable etc. C'est donc aujourd'hui une personne responsable du marketing qui est juste en dessous du management team.

Qui va voir le pharmacien ?

Dans notre firme on n'a pas ça. Un visiteur pharmaceutique. Moi j'ai fait ce métier pendant longtemps aussi. Faut bien se dire qu'un pharmacien c'est pas du tout le même genre de personnage qu'un médecin. Un pharmacien, ne faut pas se leurrer, si tu lui demandes un conseil pour ton mal de gorge il va ne clairement pas te donner le meilleur. Il va te donner

celui qui a la plus grande marge. Beaucoup de pharmaciens sont comme ça ! Tu ne cites bien sûr pas mon nom.

Les firmes de génériques peuvent aller aussi voir les pharmaciens pour les booster leur vente. Ça arrive aussi pour autre chose que les OTC. Mais bon d'après moi, au même prix, le médecin préfère toujours l'original. Il faut aussi noter que le pharmacien n'aura pas toujours tout en stock : il aura les produits pour lesquels il a la meilleure marge.

Comment les médecins sont repartis ?

Selon un territoire. Le délégué a 5-6 communes. Tu vois tous les médecins de ce secteur-là. U tu vois certains hôpitaux en tant que délégué hospitalier. Bon après forcément c'est également en fonction de la spécialité du délégué.

Les médecins sont sélectionnés uniquement en fonction de leur spécialité. On ne va pas sélectionner un profil de médecin à aller voir. Effectivement on va analyser les profils des médecins qu'il a sur son secteur. Et le délégué médical va savoir comment s'adresser aux médecins en fonction. Donc au final on ne sélectionne pas les médecins mais on connaît leur profil et on adapte notre discours en fonction. On sait quels types d'arguments donner à chaque médecin. On a des cours pour analyser rapidement le type de comportement d'un médecin. Moi je débarque chez un médecin que je n'ai jamais vu, après trois visites je peux te dire comment lui vendre un médicament.

Quelles informations spécifiques sont disponibles pour les médecins ?

C'est sur le site IMS. C'est une société qui extrapole des informations en fonction d'un échantillon de pharmacies. Ils ont 50% du comportement de prescription et extrapole pour les 50% restant.

Sauf pour les produits hospitaliers où là l'hosto appelle directement la firme et donc on connaît 100% des prescriptions dans un hôpital.

Quel code déontologique doit suivre un délégué médical ?

Va voir sur pharma.be. C'est l'association qui représente toutes les firmes pharmaceutiques. Elles ne sont pas obligées d'être dans pharma.be mais elle préfère y être.

Ils ont décrits un code déontologique général mais chaque firme a un code déontologique interne en plus.

Il y a d'autre code européen et mondial mais en général se sont des codes très similaires et de toute façon on se référera toujours au code déontologique du pays. Parce que la médecine peut être très différente entre chaque pays : en Hollande, on ne peut pas choisir son médecin généraliste par exemple.

A quel point les entretiens avec les médecins sont-ils préparés ?

C'est le product manager choisi avec le sales manager et avec les délégués comment et quoi présenter. Et puis on fait des jeux de rôle pour s'entraîner. Il y en a un qui fait le médecin et un qui fait le délégué. On imagine à chaque fois différents types de médecins. C'est pour ne pas être surpris.

Le délégué est hyper préparé scientifiquement pour bien répondre au médecin. Mais pour moi un bon délégué doit pouvoir dire à son médecin « désolé la ça dépasse mes compétences, je recherche l'information et je vous reviens. »

On essaye quand même que le délégué soit paré à toutes questions etc.

Feedback des patients par les médecins ?

On essaie toujours d'avoir des feedbacks du médecin et celui-ci les a des patients bien sûr. Il pourra nous dire que ça marche mieux sur un certain type de patient plutôt qu'un autre. Tout ça pour être plus performant après bien sûr.

Outils techniques utilisés par les délégués ?

Les échantillons mais un médecin ne peut en recevoir que 4 par ans. Le médecin aimait bien en avoir pour démarrer un traitement avant d'aller à la pharmacie. Sauf qu'évidemment les

médecins en ont profité, ils demandaient des boîtes complètes pour les filer aux amis et à la famille. Donc ils ont limité ça.

Et puis il y a les techniques de vente dont je t'ai parlé. Bon après il y a les invitations au restaurant. Mais il faut parler d'un sujet scientifique. Il faut vérifier la présentation faite pendant le souper au restaurant. Il faut parler du médicament. C'est juste pour avoir un côté plus conviviale hors du bureau habituel du médecin.

Comment le métier de délégué pharmaceutique a-t-il évolué ?

Oui donc comme je t'ai dit, il y a dix, quinze ans d'ici moi je partais au Brésil ou en Tanzanie avec des médecins. On trouvait un congrès pur avoir une raison scientifique et on restait le double du temps du congrès.

En 2000 ça a commencé à nettement diminuer et maintenant en 2015 on lave plus blanc que blanc. Maintenant tu peux partir en vacance avec des médecins mais tout le monde paye sa place.

En fait la nature du métier : on n'est pas une œuvre philanthropique, on est une société commerciale. Mais j'aime à croire qu'aujourd'hui on travaille pour le bien du patient. Si c'est un produit de chez nous qui le fait se sentir bien, tant mieux !

Rémunération des délégués ?

Le délégué a un salaire fixe avec en plus des bonus, des primes qui sont donnés en fonction d'objectif défini à l'avance. Ces objectifs peuvent être aussi bien qualitatifs que quantitatifs. Ces primes sont réévaluées tous les quatre mois.

On touche plus en fonction du pourcentage de l'objectif atteint. C'est pour motiver les gens quoi. On est bien payé dans l'industrie. Parce que l'industrie chimique et pharmaceutique ne fait que croître.

Annexe 7 : Codes déontologiques d'associations de firmes pharmaceutiques

2.3.2. EFPIA médecin

L'EFPIA (European Federation of pharmaceutical industries and associations) rassemble 33 associations pharmaceutiques nationales européennes et 40 des plus grandes firmes pharmaceutiques pour tenter encore une fois de garantir, d'une part, une industrie pharmaceutique européenne compétente et compétitive de qualité et, d'autre part, les meilleurs soins de santé possible en Europe. Ils espèrent ainsi assurer un accès égalitaire, moderne, efficace et sécurisé aux médicaments en Europe.

Ils ont pour cela développé deux codes déontologiques distincts, le premier à l'attention de la relation entre la firme et le médecin et le second entre la firme et le patient. On remarquera que les codes sont assez similaires et tous influencés grandement par la régulation européenne. Nous ne rappellerons donc pas les notions déjà expliquées dans les codes ou les régulations précédentes.

Ainsi il commence avec l'obligation légale de recevoir une AMM avant de pouvoir commencer le marketing d'un médicament. Le code orienté HCP, continue également avec le contenu obligatoire des informations données aux médecins lors de la promotion d'un produit. Le code de l'EFPIA insiste sur l'obligation de prouver toutes informations relatives aux effets secondaires par des études scientifiques prouvables, qu'elles soient relatives au médicament promu ou à une comparaison entre médicaments. La phrase "*Companies must maintain high ethical standards at all times*" commence l'article 5 du code!

Le code régularise également l'e-mailing médical en insistant sur le fait que les médecins peuvent demander de ne pas recevoir d'e-mail promotionnel. L'article 7 est énoncé de manière plus intéressante que sur son équivalent belge : il stipule que la promotion ne peut être déguisée. Entre autre, si la compagnie finance un article médical dans un journal destiné au professionnel de la santé, il ne peut le déguiser comme un article de recherche s'il

promeut leur médicament.

Le reste des articles est similaire à ceux du code de pharma.be.

2.3.3. EFPIA patient

Une fois de plus, on remarque que le code rappelle des articles des législations européennes. Ainsi le premier article par exemple interdit la publicité de médicaments sous prescription ciblé au grand public directement. Le reste du code est principalement (/uniquement) ciblé à la relation entre les firmes pharmaceutiques et les associations de patients. Les règles qui en découlent sont parfaitement similaires aux règles du code déontologique de pharma.be. Aucunes nouvelles règles ou précisions particulières n'y est ajouté.

2.3.4. IFPMA

L'IFPMA (international federation of pharmaceuticals manufacturers & associations) est une association internationales d'entreprises pharmaceutiques et d'associations nationales pharmaceutiques dont le but premier est d'améliorer la santé mondiale en représentant l'industrie pharmaceutique internationalement auprès des différentes parties prenantes mondiales. En très simplifié, pharma.be est l'association belge, l'EFPA, l'association européenne et l'IFPMA est l'association internationale. Leur mission est cela dit moins basée sur l'éthique : ils veulent principalement encourager la recherche et la découverte de médicaments vitaux et améliorer l'accès aux médicaments pour tous.

Comme nous l'aurons compris, l'IFPMA a lui-aussi son propre code déontologique obligatoire par tous les membres. Rappelons que, d'après notre interview anonyme avec un ancien délégué médical, *"les différents code déontologiques doivent être respecté. On risque réellement notre emploi dans le cas contraire"* (interview 2 p.)

Le premier point de ce code diffère des autres résumés ci-dessus dans le sens où il est orienté patient et plus général : *"Le traitement et le bien-être des patients constituent la priorité absolue des compagnies pharmaceutiques."* (Code déontologique de l'IFPMA, Art. 1).

Si des articles très similaires à l'article 3 que nous citerons ci-dessous sont présents dans les autres codes, celui-ci semble cela dit plus restrictif et à même d'engendrer une responsabilité de la part des compagnies : *"Les interactions des compagnies pharmaceutiques avec les autres intervenants doivent de façon constante être éthiques, appropriées et professionnelles. Il est interdit d'offrir ou de fournir quoi que ce soit dans le but ou à la condition que cela exerce une influence inappropriée."* (Code déontologique de l'IFPMA, Art. 3).

Ainsi, il ne se base pas sur la nature du cadeau comme pour les autres codes déontologiques (interdiction d'offrir des cadeaux sauf si ceux-ci sont de nature médicale), mais il se base sur l'objectif derrière l'offre : la firme ne peut pas influencer la décision du médecin par le cadeau qu'elle offre! Beaucoup d'article, s'ils ont les mêmes bases légales que les autres codes déontologiques, tente de donner moins d'option d'interprétation dans le code de l'IFPMA.

2.3.5. Mdeon

Mdeon diffère des autres associations présentées ci-dessus dans le sens où il ne s'agit plus ici que de firmes pharmaceutiques. C'est un rassemblement belge de médecins, pharmaciens, firmes pharmaceutiques, et autres acteurs de l'industrie. La mission de Mdeon concerne la promotion des médicaments plus spécifiquement et l'amélioration de la qualité de la formation continue.

Le code de Mdeon met en avant l'interdiction d'offrir des cadeaux aux médecins pour promouvoir le produit.

La seule différence notable dans ce code par rapport aux autres vu précédemment concerne l'indemnisation des médecins lorsque ceux-ci aident les firmes pharmaceutiques lors d'un test clinique ou une autre phase de recherche. Il peut également être rémunéré lors de sa participation en tant que présentateur à un séminaire ou une conférence.

Annexe 8 : Structure d'une firme pharmaceutique classique

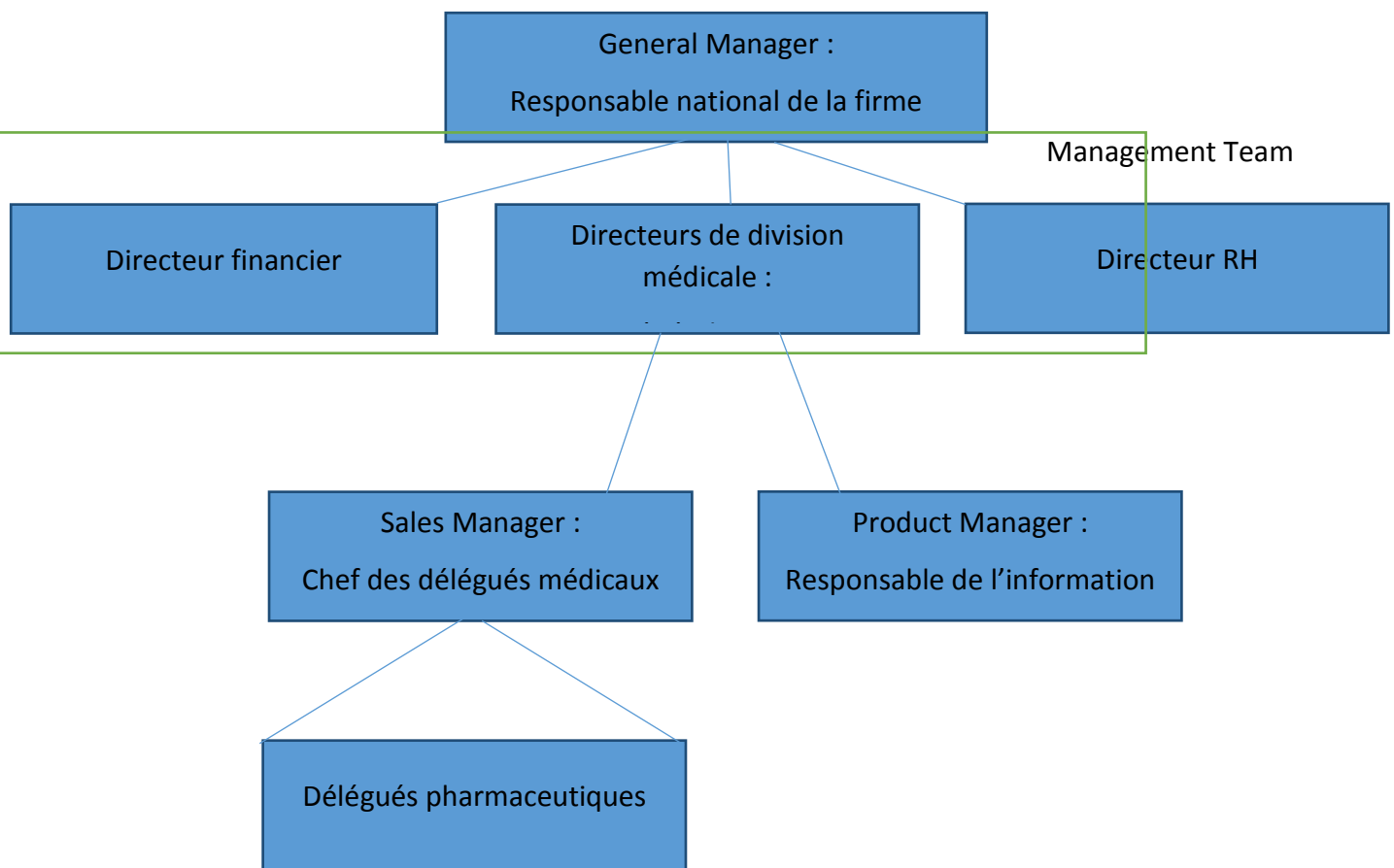


Schéma basé sur les explication d'un visiteur médical anonyme disponible en Annexe 6

Annexe 9 : Informations complémentaires sur les comportements de recherche internet

La grande majorité (82,9%) a déjà effectué des recherches sur un problème concernant leur propre santé mais beaucoup (74,5%) se sont déjà informés sur les problèmes de santé d'un proche.

Au niveau des thèmes recherchés, on remarque que les femmes plus que les hommes recherchent des informations sur les médecines douces et alternatives (40,7% des femmes contre 23,7% des hommes). Les recherches concernant l'actualité et l'évolution du domaine médical augmentent avec l'âge alors que le contraire peut être dit concernant les recherches concernant la couverture sociale.

Nous observons ensuite les techniques de recherche qui sont souvent très similaires parmi les différents échantillons : la majorité tape les mots clés dans un moteur de recherche (76,8%) alors que le reste se rend directement sur un site en question pour rechercher l'information (Renahy, Parizot, Lesieur & Chauvin, 2007).

Enfin, examinons les motivations de ces recherches. On remarque que les internautes cherchent principalement à comprendre plus en détail les informations reçues par leurs docteurs (61,2%) ou alors cherchent des indications complémentaires (57,9%)(Renahy, Parizot, Lesieur & Chauvin, 2007).

Annexe 10 : Technique pour convaincre les médecins en fonction de leurs traits de caractères

Physician Category	Technique	How It Sells Drugs	Comments
Friendly and outgoing	I frame everything as a gesture of friendship. I give them free samples not because it's my job, but because I like them so much. I provide office lunches because visiting them is such a pleasant relief from all the other docs. My drugs rarely get mentioned by me during our dinners.	Just being friends with most of my docs seemed to have some natural basic effect on their prescribing habits. When the time is ripe, I lean on my "friendship" to leverage more patients to my drugs...say, because it'll help me meet quota or it will impress my manager, or it's crucial for my career.	Outgoing, friendly physicians are every rep's favorite because cultivating friendship is a mutual aim. While this may be genuine behavior on the doctor's side, it is usually calculated on the part of the rep.
Aloof and skeptical	I visit the office with journal articles that specifically counter the doctor's perceptions of the shortcoming of my drug. Armed with the articles and having hopefully scheduled a 20 minute appointment (so the doc can't escape), I play dumb and have the doc explain to me the significance of my article.	The only thing that remains is for me to be just aggressive enough to ask the doc to try my drug in situations that wouldn't have been considered before, based on the physician's own explanation.	Humility is a common approach to physicians who pride themselves on practicing evidence-based medicine. These docs are tough to persuade but not impossible. Typically, attempts at geniality are only marginally effective.
Mercenary	The best mercenary docs are typically found further down the prescribing power scale. There are plenty of 6's, 7's, and 8's [lower prescribing doctors] who are eagerly mercenary but simply don't have the attention they desire fawned on them. I pick a handful out and make them feel special enough with an eye towards the projected demand on my limited resources in mind. Basically, the common motif to docs whom you want to "buy out" is to closely associate your resource expenditure with an expectation—e.g., "So, doc, you'll choose Drug X for the next 5 patients who are depressed and with low energy? Oh, and don't forget dinner at Nobu next month. I'd love to meet your wife."	This is the closest drug-repping comes to a commercial exchange. Delivering such closely associated messages crudely would be deemed insulting for most docs so a rep really has to feel comfortable about their mercenary nature and have a natural tone when making such suggestions.	Drug reps usually feel more camaraderie with competing reps than they do with their clients. Thus, when a doctor fails to fulfill their end of the prescriptions-for-dinners bargain, news gets around and other reps are less likely to invest resources in them.

High-prescribers	I rely on making a strong personal connection to those docs, something to make me stand out from the crowd.	Friendship sells. The highest prescribers (9's and 10's) are every reps sugar mommies and daddies. It's the equivalent of spitting in the ocean to try to buy these docs out because, chances are, every other rep is falling head over heels to do so.	The highest prescribers receive better presents. Some reps said their 10's might receive unrestricted "educational" grants so loosely restricted that they were the equivalent of a cash gift, although I did not personally provide any grants.
Prefers a competing drug	The first thing I want to understand is why they're using another drug as opposed to mine. If it's a question of attention, then I commit myself to lavishing them with it until they're bought. If they are convinced that the competitor drug works better in some patient populations, I frame my drug to either capture another market niche or, if I feel my drug would fare well in a comparison, I hammer its superiority over the competing drug.	If, during the course of conversations, the doctors say something that may contradict their limited usage of our products, then the reps will badger them to justify that contradiction. This quickly transforms the rep from a welcomed reprieve to a nuisance, which can be useful in limited circumstances. We force the doctors to constantly explain their prescribing rationale, which is tiresome. Our intent is to engage in discourse but also to wear down the doc until he or she simply agrees to try the product for specific instances (we almost always argue for a specific patient profile for our drugs).	For reps this is a core function of our job. We're trained to do this in as benign a way as possible. No doc likes to be told their judgment is wrong so the latter method typically requires some discretion.
Acquiescent docs	Most docs think that if they simply agree with what the rep says, they'll outsmart the rep by avoiding any conflict or commitment, getting the samples and gifts they want, and finishing the encounter quickly. Nothing could be further from the truth. The old adage is true, especially in pharmaceutical sales: there is no such thing as a free lunch.	From the outset of my training, I've been taught to frame every conversation to ultimately derive commitments from my clients. With every acquiescent nod to statements of my drug's superiority I build the case for them to increase their usage of my product. They may offer me false promises but I'll know when they're lying: the prescribing data is sufficiently detailed in my computer to confirm their behavior. Doctors who fail to honor their commitments, no matter how casually made, convert the rep into a badgering nuisance. The docs are often corralled into a conversational corner where they have to justify their previous acquiescence.	Gifts are used to enhance guilt and social pressure. Reps know that gifts create a subconscious obligation to reciprocate. New reps who doubt this phenomenon need only see their doctors' prescribing data trending upwards to be convinced. Of course, most of these doctors think themselves immune to such influence. This is an illusion reps try to maintain.

Physician Category	Technique	How It Sells Drugs	Comments
No-see/ No-time (hard-to-see docs)	Occasionally docs refuse to see reps. Some do it for ethical reasons, but most simply lack the time. Even when I don't manage to see the doctor, I can still make a successful call by detailing the staff. Although they're on the doc's side for the most part, it's amazing how much trouble one can rile up when the staff are lavished with food and gifts during a credible sounding presentation and then asked to discuss the usage of a drug on their patients.	It's a victory for me just to learn from the staff about which drugs are preferred, and why. That info provides powerful ammunition to debate the docs with on the rare occasions that I might see them. However, it's a greater success when the staff discusses my meds with the doc after I leave. Because while a message delivered by a rep gets discounted, a detail delivered by a co-worker slips undetected and unfiltered under the guise of a conversation. And the response is usually better than what I might accomplish.	One's marketing success in a particular office can be strongly correlated to one's success in providing good food for the staff. Goodwill from the staff provides me with critical information, access, and an advocate for me and my drug when I'm not there.
Thought leaders	As a rep, I was always in pursuit of friendly "thought leaders" to groom for the speaking circuit. Once selected, a physician would give lectures around the district. I would carefully watch for tell-tale signs of their allegiance. This includes how they handled questions that criticized our product, how their prescribing habits fluctuated, or simply how eager they were to give their next lecture.	The main target of these gatherings is the speaker, whose appreciation may be reflected in increased prescribing of a company's products. Local speaking gigs are also auditions. Speakers with charisma, credentials, and an aura of integrity were elevated to the national circuit and, occasionally, given satellite telecast programs that offered CMEs.	Subtle and tactful spokespersons were the ideal candidates. I politely dismissed doctors who would play cheerleader for any drug...at the right price, of course.

These descriptions are based on SA's experience working for Eli Lilly and testimony in *IMS Heath Inc. v. Ayotte*, US District Court, New Hampshire. Actual tactics may vary.
doi:10.1371/journal.pmed.0040150.t001

Source : Fugh-Berman A, Ahari S (2007) Following the Script: How Drug Reps Make Friends and Influence Doctors. *PLoS Med* 4(4): e150 April 24 2007.